

Aus dem klinischen Institut der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie
(Max-Planck-Institut) München

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. W. Scholz

**Symptomwandel bei
endogenen Depressionen unter besonderer
Berücksichtigung der Schuldgefühle
und ihres Inhalts**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin verfaßt
und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Friedhelm Streletzki

aus Düsseldorf

1959

Aus dem klinischen Institut der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie
(Max-Planck-Institut) München

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. W. Scholz

**Symptomwandel bei
endogenen Depressionen unter besonderer
Berücksichtigung der Schuldgefühle
und ihres Inhalts**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin verfaßt
und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Friedhelm Streletzki

aus Düsseldorf

1959



5349/60

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Prof. Dr. Dr. P. Matussek

Korreferent: Prof. Dr. K. Kolle

Dekan: Prof. Dr. H. Schwiegk

Tag der mündlichen Prüfung: 10.9.1959

Symptomwandel bei endogenen Depressionen unter besonderer
Berücksichtigung der Schuldgefühle und ihres Inhalts

Einleitung

Versucht man, sich einen Überblick zu verschaffen über die Literatur des manisch-depressiven Irrseins im deutschsprachigen Raum seit der Begründung dieser Krankheitseinheit durch K r a e p e l i n 1896, so fällt die Vielzahl der Arbeiten ins Auge, die sich vor allem in lebhafter Auseinandersetzung mit der Kraepelin'schen Systematik um eine Begrenzung dieser Einheit bemühen, deren Berechtigung zumindest im Bereich der Kerngruppe dieser Krankheit nie in Frage gestellt wurde. Man betrachtete und betrachtet auch heute das m.d.I. weitgehend als von einem "hypothetischen morbus" (W e i t b r e c h t) verursacht, nimmt also als letzten Grund ein krankhaftes körperliches Geschehen an. Weil man deshalb in aetiologischer Hinsicht weiterführende Erkenntnisse hauptsächlich von der pathophysiologischen Forschung erwartete, das psychopathologische Bild des m.d.I. auch nicht den Anreiz zu Untersuchungen bot, wie z.B. das der Schizophrenie, findet man rein psychopathologische Arbeiten viel seltener.

Die Symptome des m.d.I. galten, wie W e i t b r e c h t bemerkt, weithin als stabile Grössen. So schreibt z.B. in neuerer Zeit K. S c h n e i d e r in einer Arbeit, die sich bemüht um die Abgrenzung der vitalen Depressionen von denen, die sich hauptsächlich im seelischen Bereich abspielen: "... man hat übrigens den Eindruck, dass bei wiederholten Phasen immer wieder die gleiche Form wiederkehrt."

Dagegen findet J. L a n g e bei einem Überblick über abgeschlossene Lebensläufe von Kranken mit zahlreichen Phasen nur wenige, die symptomatologisch ganz typische Phasen durchgemacht haben. Er verweist besonders auf die Häufigkeit des Vorkommens von schizophrenen Symptomen in der einen oder anderen Phase. Betrachtet man die so verschiedene Stellungnahme der beiden Autoren, so versteht man, dass W e i t b r e c h t eine mehr längsschnittmässige Betrachtung des m.d.I. fordert, also Arbeiten, die sich mit dem Wandel der Symptome befassen.

Zwar haben verschiedene Autoren zur Frage des Symptomwandels Stellung genommen, aber es kam ihnen in ihren Arbeiten mehr darauf an, die Verlaufsformen bestimmter Randgruppen gegenüber der als typisch geltenden Verlaufsform hervorzuheben. Dagegen wurden nur selten an Hand eines grösseren Materials mehrere Phasen der Krankheit beobachtet.

Vor allem wurde auf den pathoplastischen Einfluss des Alters hingewiesen. Es kam den Untersuchern darauf an, die Ausbildung der Krankheit in bestimmten Lebensaltern - Kindheit, Pubertät, Klimakterium, Involution - gegenüber dem reinen Typ der Erkrankung der mittleren Lebensjahre, der als stabil galt, herauszustellen.

B o s t r o e m wies darauf hin, dass vorzugsweise Depressionen Alterseinflüssen im hohen Grade ausgesetzt sind. K r a e p e l i n selbst hatte schon auf die eigenartige Ausprägung der Symptomatik der klimakterischen und Rückbildungsdepressionen hingewiesen. Er zeigte, dass bei diesen Depressionen Angst und Erregungszustände häufig das Bild beherrschen, und auch Verfolgungsideen und hypochondrische Ideen zahlreich zu finden sind.

Dieses Ergebnis wurde von späteren Autoren (u.a. E. B l e u l e r , B o n h o e f f e r , J a s p e r s , B o s t r o e m und neuerdings Z e h) bestätigt.

B a c h fasste die Literatur über die Depressionen im Kindes- und Jugendalter zusammen, die zum Teil sehr widersprechend ist. Er hält die Depression im Kindesalter für "pathoplastisch negativ" und weist damit auf die Symptomarmut dieser Depressionen hin, während er den Jugenddepressionen eine auffallend bunte Symptomatik zuschreibt, in der häufig Sinnestäuschungen eine Rolle spielen. Auf diese Tatsache hatten vorher schon K e m m l e r und Z i e h e n hingewiesen.

Alle diese Arbeiten geben aber nur Querschnittsbilder einer oder weniger Phasen dieser Krankheit in einem bestimmten Lebensalter. Die Symptomatik der "typischen Depression" im weiten Bereich des mittleren Lebensalters wird als stabil angesehen.

Erst in neuerer Zeit beschäftigt man sich wieder mit diesen Depressionen. W e i t b r e c h t trifft die Unterscheidung in Depressionen mit Krankheitseinsicht - das sind Depressionen, die sich im vitalen Bereich abspielen - und Depressionen ohne Krankheitseinsicht mit Versündigungs-, Verarmungs- oder hypochondrischem Wahn.

L e o n h a r d teilt streng zwischen dem bipolaren m.d.I. und den monopolaren Psychosen, von denen er behauptet, dass sie in den einzelnen Phasen eine bedeutend gleichförmigere Symptomatik besäßen als die bipolaren Psychosen, deren Spielbreite durch Mischung der beiden Grundsymptome hervorgerufen würden, wie das K r a e p e l i n schon annahm.

Unter den Begriff monopolare depressive Psychose fasst L e o n h a r d die Melancholie und die reinen Depressionen. Anhand einer Kasuistik, die sich auf Fälle erstreckt, die meist mehrere Phasen einer Erkrankung durchlebt haben, und unter Berücksichtigung erblicher Faktoren in der Familienanamnese, findet er für die reine Depression eine Unterteilung in:

1. Gehetzte Depression,
2. Hypochondrische Depression,
3. Selbstquälerische Depression,
4. Argwöhnische Depression,
5. Teilnahmsarme Depression,

die sich durch die Deutlichkeit oder das Fehlen bestimmter Symptome voneinander unterscheiden. Man hat jedoch den Eindruck, dass er innerhalb seiner einzelnen Typen mit einer stabilen Symptomatik rechnet.

B ü r g e r - P r i n z glaubt das Atypische des Erscheinungsbildes bedingt durch den Angleichungsprozess zwischen Persönlichkeit und Krankheit. Innerhalb der Anpassungsphase gebe es vorzugsweise atypische Formen. So erklärt er auch die von S c h r ö d e r gemachte Feststellung, dass vor allem erste Phasen atypische Symptomatik zeigen.

Zusammenfassend kann man feststellen:

In der deutschen Psychiatrie wird angenommen, dass das m.d. Irrsein eine Reaktion bestimmter Typen (Stoffwechsel, Körperbau, Persönlichkeit) auf einen heute noch unbekannten (körperlichen) morbus ist, von dem sich die depressiven Leitsymptome (Hemmung, existenzielle Leere, vitale Traurigkeit, Schuldgefühle) direkt ableiten, also psychologisch nicht weiter auflösbar sind (W e i t b r e c h t). Von

dieser Sicht aus können natürlich Persönlichkeits- und Umweltfaktoren nur pathoplastische Bedeutung haben.

Wir wollen nun an Hand von Lebensläufen mit mehreren Phasen feststellen, ob sich ein Wandel in der Symptomatik vollzieht und durch welche Faktoren er bestimmt wird.

Wir fanden nur eine Arbeit, mit Ausnahme der von L a n g e , die sich mit diesem Problem an Hand von Krankengeschichten von Patienten, die mindestens 2 Phasen ihrer Erkrankung erlebt haben, auseinandergesetzt hat. K i s k e r stellte fest, dass von 200 Fällen $\frac{2}{3}$ immer wieder gleiche Phasen zeigten, während sich bei $\frac{1}{3}$ der Patienten das Symptombild von Phase zu Phase nicht unerheblich änderte. In psychoanalytischer Sicht meint der Verfasser, dass bei den "Constant Fällen" ein und derselbe tiefer gehende Konflikt die gleichen Phasen hervorrufen würde, während bei den "Non-constant-Fällen" verschiedene Konfliktsituationen, die keinerlei Beziehung zueinander zu haben brauchen, vorliegen sollen.

Ausgangsmaterial unserer Arbeit.

Das Ausgangsmaterial unserer Arbeit setzt sich aus 100 Krankengeschichten zusammen, die zum weitaus grössten Teil (83) aus der Universitätsnervenklinik München, zum kleineren Teil aus dem Nervenkrankenhaus Haar und den Universitätskliniken Köln und Bonn stammen.

Diese Krankengeschichten mussten folgenden Bedingungen genügen:

- I. Eine der folgenden Diagnosen musste gestellt sein:
 1. Endogene Depression,
 2. Zykllothymie,
 3. manisch-depressives Irresein,
 4. Klimakterische Depression,
 5. Melancholie.
- II. Jeder der Patienten musste mindestens 2 Phasen erlebt haben.
- III. Das Alter der Patienten musste bei der zuletzt beobachteten Phase mindestens 55 Jahre sein.
- IV. Jeder Patient musste mindestens in einer Phase Schuldgefühle haben.

Aufgabe:

Es soll untersucht werden, ob in den verschiedenen Phasen einer endogenen Depression ein Symptomwandel eintritt, von welcher Art dieser Wandel ist und ob sich Korrelationen zu bestimmten Faktoren feststellen lassen. Das Schuldgefühl findet besondere Beachtung. Daneben wurden folgende Symptome untersucht:

1. Verarmungsideen,
2. Hypochondrische Ideen,

3. Zwangsvorstellungen und -handlungen,
4. Depersonalisation,
5. Beziehungsideen,
6. Sinnestäuschungen.

Definition.

Wir sprechen von Symptomwandel, wenn das-Symptombild bei den verschiedenen Phasen unterschiedlich ist, zumindest im Hinblick auf ein Symptom.

Kritik.

Der Fehler, dass Fälle mit falscher Diagnose in unser Material aufgenommen wurden (in Betracht kommen vor allem depressive Reaktionen oder andersartige Psychosen, wie die Schizophrenie, deren Abgrenzung Schwierigkeiten bereiten würde), konnte verhütet werden, weil wir mindestens 2, meist aber 3 oder 4 Phasen der Krankheit überblicken konnten, die immer eine der oben angegebenen Diagnosen erhielten. Auch dadurch, dass in mindestens einer Phase Schuldgefühle, vielfach primäre Schuldgefühle im Sinne *W e i t - b r e c h t s*, auftauchten, konnten die Diagnosen erhärtet werden.

Dagegen bestand eine grosse Schwierigkeit darin, dass wir auf Angaben aus Krankengeschichten angewiesen waren, die erstens aus verschiedenen Kliniken stammen, zweitens von verschiedenen Untersuchern, ja Psychiatern aus verschiedenen Generationen geführt wurden, weil natürlich oft Jahrzehnte zwischen erster und letzter Phase lagen.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so stammt das Gros der Krankengeschichten (83) aus der Münchener Klinik, deren Diagnose meist "endogene Depression" lautet, wohingegen

Fälle mit reinem m.d.I. überhaupt sehr selten vertreten sind. Die zweite wesentliche Einschränkung sollte wenigstens zum Teil dadurch vermieden werden, dass nach Möglichkeit nur die niedergelegten Angaben der Patienten verwertet wurden, nicht aber der Eindruck des untersuchenden Arztes.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich daraus, dass nur ein Teil der bei endogenen Depressionen vorkommenden Symptome in der Arbeit berücksichtigt wurden; Traurigkeit und Hemmung z.B., aber auch die in so vielfältiger Art vorkommende Angst fehlen. Da aber Angaben über diese Symptome meist vom Arzt gegeben werden, unterliegen sie also den oben genannten Fehlerquellen.

Auch die Tatsache, dass die Krankengeschichten nur statistisch ausgewertet wurden, schränkt bei der relativ geringen Zahl der Fälle den Wert der Arbeit ein. Wertvolle Einzelheiten gingen natürlich gerade bei der statistischen Betrachtung verloren.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wird das Schuldgefühl phänomenologisch betrachtet, dagegen Inhalte des Schuldgefühls weniger beachtet. Es wird das Schuldgefühl in Beziehung gesetzt zu:

1. Phasenanzahl
2. Lebensalter
3. Übrige Symptomatik
4. Extrapsychotische Einflüsse (Persönlichkeit, Herkunft)
5. Anlass.

Die an sich wichtige Korrelation der Schuldgefühle zum Geschlecht der Patienten wurde nicht berücksichtigt, weil der weitaus grösste Teil der Krankengeschichten (86 von 100) von weiblichen Patienten stammt und sich aus dem Material der wenigen männlichen Kranken keine wesentlichen Unterschiede im Symptomaufbau und -wandel ergaben.

Im zweiten Teil werden die einzelnen Schuldgefühlqualitäten und anschliessend der eigentliche Inhalt der Schuldgefühle besonders untersucht.

Schuldgefühl und Symptomenwandel.

A. Schuldgefühl in Beziehung zur Phasenanzahl.

Ausgangsmaterial:

100 Krankengeschichten mit Schuldgefühl in mindestens einer Phase.

Wir finden

bei zweiphasigen Erkrankungen:

23 Fälle mit Schuldgefühl in beiden Phasen

10 " " " " einer Phase

bei dreiphasigen Erkrankungen:

14 Fälle mit Schuldgefühl in sämtlichen Phasen

10 " " " " 2 von 3 "

10 " " " " 1 " 3 "

bei vierphasigen Erkrankungen:

9 Fälle mit Schuldgefühl in allen Phasen

4 " " " " 3 von 4 "

3 " " " " 2 " 4 "

3 " " " " 1 " 4 "

bei fünf- und mehrphasigen Erkrankungen:

in keinem Fall in allen Phasen Schuldgefühle

in 14 Fällen in mehreren Phasen Schuldgefühle

in keinem Fall nur in einer Phase Schuldgefühl

In 46 Fällen finden wir also durchgehend Schuldgefühle in allen Phasen. Von den restlichen 54 Fällen zeigen 18 in der grossen Mehrzahl der Phasen Schuldgefühle.

In 26 Fällen treten nur in einer oder im Verhältnis zur Gesamtphasenzahl in wenigen Phasen Schuldgefühle auf. 10 Fälle zeigen ungefähr in der Hälfte der Phasen Schuldgefühle.

Wir finden also, dass in ungefähr $2/3$ der Fälle das Schuldgefühl in allen oder zumindest in dem sehr überwiegenden Teil der Phasen auftaucht.

Nur in $1/3$ der Fälle wechseln Phasen mit Schuldgefühl mit Phasen ohne Schuldgefühl. Es ist dasselbe Verhältnis, das K i s k e r bei seinen "Constant" und "Non-constant" Fällen fand.

Von den 54 Fällen, die nicht in allen Phasen Schuldgefühle haben, zeigen 25, also knapp die Hälfte, in den Phasen ohne Schuldgefühle keines der von uns beobachteten Symptome. Die Depression spielt sich also in diesen Phasen weitgehend im vitalen Bereich ab. In den übrigen 29 Fällen finden wir in den Phasen ohne Schuldgefühle eins, sehr selten mehrere der anderen Symptome, vor allem Zwang und Hypochondrie.

Auf welche Phasen sind nun die Schuldgefühle in den Fällen verteilt, die nicht in allen Phasen Schuldgefühle zeigen?

Eine Tabelle soll das veranschaulichen.

Abscisse: Stand in der Phasenreihe

Ordinate: Phasenhäufigkeit der Erkrankung

Die eingetragenen Zahlen stellen die Anzahl der Schuldgefühle dar.

Tab. 1

			1.	2.	3.	4.	5.	Phase
10	-	II phasige Erkr.	2	8				
20	-	III	"	"	8	10	12	
10	-	IV	"	"	7	4	7	8
5	-	V	"	"	3	2	4	4

Bei 9 Patienten mit 6 oder mehr Phasen ergibt sich ein ähnliches Verhältnis.

Wir können also feststellen, dass in den 54 Fällen, bei denen Schuldgefühle nicht in allen Phasen auftauchen, die späteren Phasen bevorzugt Schuldgefühle zeigen.

Von den 54 Fällen, die nicht in allen Phasen Schuldgefühle haben, wählen wir zwei Vergleichsgruppen aus:
 die erste Gruppe mit 17 Patienten, die nur in einer von mindestens drei oder im Vergleich zur Gesamtzahl der Phasen sehr wenig Phasen mit Schuldgefühlen haben,
 die andere Gruppe mit 17 Patienten, die in der Mehrzahl der Phasen Schuldgefühle haben.

Wie ist die Beziehung der Schuldgefühle zu den übrigen Symptomen in den beiden Vergleichsgruppen?

Eine Tabelle soll die Häufigkeit der einzelnen Symptome in den beiden Gruppen gegenüberstellend darlegen.

Tab. 2.

A: Fälle mit selten auftretendem Schuldgefühl.

B: Fälle mit Schuldgefühl in der Mehrzahl der Phasen.

	Schuld- gefühle	Zwang	Depersonali- sation	Beziehungs- ideen	Verarmungs- ideen	Hypo- chon- drie	Sinnes- täuschun- gen
A.	20	14	6	2	2	15	2
B.	47	14	6	10	6	2	5

Wir finden, dass in der Gruppe mit wenig Schuldgefühlen auffallend viele Phasen mit Hypochondrie, in der Vergleichsgruppe besonders Beziehungsideen zu finden sind, aber auch Verarmungsideen und Sinnestäuschungen. Zwang und Depersonalisation dagegen kommen in beiden Gruppen etwa gleich häufig vor.

Die auffallend grosse Zahl der Phasen mit Hypochondrie in der ersten Gruppe erklärt sich, wie wir im übernächsten Abschnitt deutlicher sehen werden, dadurch, dass dieses Symptom ähnlich dem Schuldgefühl oft allein auftritt und dann meist in mehreren oder allen Phasen.

Hier wird das Gegensatzpaar - hier hypochondrische Depression, da selbstquälerische-oder Schulddepression - deutlich, wie es zuletzt Weitbrecht und Leonhard beschrieben haben.

In der Vergleichsgruppe sind die Zwangssymptome besonders auffällig. Auf sie wird in einem späteren Abschnitt eingegangen.

In der ersten Gruppe mit nur selten auftretenden Schuldgefühlen wird das Schuldgefühl zum weitaus grössten Teil in den letzten Phasen angetroffen. Es ist dort 5x häufiger als in den ersten Phasen.

In der zweiten Gruppe dagegen hält sich die Anzahl der Schuldgefühle in den ersten und letzten Phasen die Waage.

Zusammenfassung

Gegenüberstellung der beiden extremen Gruppen:

I. Gruppe: Schuldgefühle nur in einer oder in wenigen Phasen.

Wir finden:

1. In den Phasen hypochondrische Ideen als hervortretendes Symptom.
2. Schuldgefühle gehäuft in den späteren Phasen der Erkrankung.

II. Gruppe: Schuldgefühle in den meisten Phasen.

Wir finden:

1. In der Umgebung besonders Beziehungsideen, Verarmungsideen und Sinnestäuschungen.
2. Schuldgefühle auf die Phasen gleichmässig verteilt.

B. Schuldgefühl in Beziehung zum Alter.

Ausgangsmaterial: 100 Krankengeschichten.

Methode: Wir setzen zum Vergleich die Anzahl der Phasen mit Schuldgefühl zur Anzahl der Phasen ohne Schuldgefühl in den einzelnen Lebensaltern.

Als Zeiteinheit gilt das Jahrzehnt.

Tabelle 3

Alter in Jahrzehnten	16 20	21 25	26 30	31 35	36 40	41 45	46 50	51 55	56 60	61 65	65 80
mit Schuld- gefühl	5	9	7	11	17	15	21	42	42	32	22
ohne Schuld- gefühl	4	7	11	9	12	10	9	9	24	7	5

Wir sehen:

1. Bis zu einem Alter von 35 Jahren kommt ungefähr auf jede Phase mit Schuldgefühl eine Phase ohne Schuldgefühl.
2. Im Jahrzehnt zwischen 26 und 30 Jahren überwiegen sogar die Phasen ohne Schuldgefühl.
3. Vom 35. Lebensjahr ab ändert sich das Verhältnis zunehmend zugunsten der Phasen mit Schuldgefühlen.

Schon K r a e p e l i n wies darauf hin, dass Versündigungsideen im Jugendalter seltener sind als im späteren Leben. B e r c h t e n b r e i t e r stellte gleichfalls, besonders aber bei Frauen, ein Zunehmen der Schuldgefühle im späteren Lebensalter fest.

Demgegenüber steht die Feststellung von O r e l l i , dass die Versündigungsideen im Alter abnehmen und durch Verarmungsideen, Beziehungsideen und hypochondrische Ideen

ersetzt werden. Dass hypochondrische Ideen zur Zeit des Klimakteriums zunehmen, bemerkten auch R e h m , L a n g e , W e x b e r g und H i r s c h m a n n , während S a t t e s findet, dass hypochondrische Ideen in diesem Alter nicht häufiger sind als in anderen Lebensabschnitten.

Bei grösserem Ausgangsmaterial würde natürlich auch unser Ergebnis differenzierter sein.

C. Schuldgefühle in Beziehung zur übrigen Symptomatik.

1. Schuldgefühl in Beziehung zu Verarmungsideen.

Wir fanden Verarmungsideen bei 24 der von uns untersuchten 100 Krankengeschichten. Diese 24 Fälle haben insgesamt 91 Phasen, davon 40 mit Verarmungsideen, von denen wiederum 33 mit Schuldgefühlen zusammen in einer Phase stehen.

Wie sehen in diesen 33 Phasen die Verarmungsideen aus?

Nach J a n z a r i k sind Inhalte wahnhaft, wenn sie ohne zureichenden Anlass, beharrlich und in solcher Ausschliesslichkeit das Erleben des Kranken bestimmen und aus seiner bisherigen Richtung drängen, dass sie das Mass durchbrechen, das der inhaltlichen Ausgestaltung emotionaler Verstimmungen und Erschütterungen der gesunden Menschen innewohnt.

Legen wir diese Definition zugrunde, so erscheint es bei einem Teil der Phasen mit Verarmungsideen fraglich, ob es sich um berechnigte Sorgen handelt, oder ob sie wahnhaft verzerrt sind.

Wir finden nämlich Angaben wie:

"Das Geld reicht nicht mehr."

"Das Geschäft geht kaputt, weil die Krankheit soviel kostet!"

"Ich kann die Wohnung nicht bezahlen.", usw.

Insgesamt sind es 13 Phasen mit solchen Ideen, die man in der Klinik sicher als wahnhaftige Verarmungsideen bezeichnen wird.

Dagegen ist in einem anderen Teil, nämlich bei 16 Phasen, das Wahnhafte der Inhalte offensichtlich. Wir finden Angaben wie:

"Wir sind vollkommen verarmt."

"Das ist der vollkommene Ruin meiner Angehörigen."

"Die Familie ist schon tot, schon verhungert."

Dabei lässt sich feststellen, dass gerade dann, wenn die Verarmungsideen deutlich wahnhaftes Ausmass annehmen, eine innerliche Beziehung zum Schuldgefühl besteht.

Beispiel: Krankengeschichte B.

1. Phase: Im Alter von 60 Jahren!

"Ich bin immer schon ein schlechter Mensch gewesen."

"Alles ist nur Schein bei mir! Mit 19 Jahren habe ich schon das Onanieren angefangen! Ein guter Familienvater? - Auch nur Schein! Ein Mörder und Lügner bin ich! Die Kinder müssen verhungern. Das Vieh stirbt ab. Der Hof verkommt!"

2. Phase im Alter von 68 Jahren:

"Die Leute meinen, ich sei ein Braver. Dabei bin ich nur scheinheilig, der Teufel selber. Ich habe den Buben dumm gemacht. Den Hof heruntergewirtschaftet. Die Angehörigen sind gewiss schon tot. Die haben ja gar nichts mehr zum Essen."

Die Verarmung, die wie bei diesem Patienten fast ausschliesslich als Verarmung der Umgebung, der Familie, angegeben wird - nicht sie verarmen, sondern die Familie verarmt, geht zugrunde - wird als gerechte Folge ihrer Schuld angesehen.

Bei den Schuldgefühlen handelt es sich in 14 von 16 Fällen um Seinsschuld oder expansive Schuld. (Erklärung dieser Begriffe im 2. Teil!) Nur in zwei Fällen ist der Inhalt der Schuldgefühle ein konkretes Vergehen.

Die Verarmungsideen treten dann durchweg in allen Phasen des Patienten auf, die auch Seinsschuld oder expansive

Schuld zeigen. Taucht dagegen bei einem Patienten in einer Phase eine andere Schuldgefühlqualität auf, so finden wir dort kein wahnhaftes Verarmungsgefühl!

In den 13 Phasen, in denen die finanziellen Sorgen noch verständlich blieben, liess sich dagegen in keinem Fall ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen Verarmungs-ideen und Schuldgefühl feststellen.

Hier ist der Zeiger der Verarmung in 5 Phasen auf die eigene Person gerichtet, in weiteren 4 Phasen auf die Familie, auf die anderen. In 4 Phasen war diese Unterscheidung nicht möglich.

In diesen 13 Phasen stehen die Verarmungs-ideen fast nur mit konkreten Schuldgefühlen zusammen.

In 9 von 13 Phasen hat das Schuldgefühl Versäumnisse bei der Arbeit oder gegenüber den Angehörigen zum Inhalt. Schuldgefühl und Verarmungs-ideen scheinen sich aus der selben Quelle zu nähren: der psychomotorischen Hemmung und der damit verbundenen Unfähigkeit zu handeln.

In den restlichen 4 von 13 Phasen finden wir:

- 2 mal Schuldgefühl über kriminelle Delikte
- 1 mal Seinsschuld
- 1 mal Bilanzschuld

In 10 Fällen traten diese Verarmungs-ideen nur in einer Phase der Erkrankung auf, in zwei Fällen in mehreren und nur in einem Fall in allen Phasen der Erkrankung. (Gegensatz zur anderen Gruppe.)

Zusammenfassung

Bei mehr als der Hälfte der Phasen mit Verarmungs-ideen stehen diese in sehr enger inhaltlicher Beziehung zu den Schuldgefühlen. Es hat den Anschein, als würde die Verar-

mung von den Kranken als Schuldfolge betrachtet. Gerade in diesen Fällen ist das Verarmungsgefühl deutlich wahnhaft. Der Zeiger der Verarmung weist auf die Umgebung. In den übrigen Fällen, bei einer anderen Gruppe von Patienten, ist die Verarmung nicht von normalwertigen Befürchtungen abzugrenzen. Die Schuldgefühle in den Phasen sind meist keine primären Schuldgefühle im Sinne *W e i t b r e c h t s*. Zwischen Verarmungsgefühl und Schuldgefühl besteht kein inhaltlicher Zusammenhang. Beide nehmen keinen hervorragenden Platz in der Symptomatik ein.

2. Schuldgefühle in ihrer Beziehung zur Hypochondrie.

Hypochondrische Ideen fanden wir bei 13 der von uns untersuchten 100 Krankengeschichten, also bei einem relativ geringen Teil, wenn man bedenkt, dass Hypochondrie ja doch im allgemeinen ein sehr häufiges Symptom innerhalb endogener Depressionen ist. In unserem Material ist es seltener als jedes der anderen von uns untersuchten Symptome, treten doch selbst Trugwahrnehmungen und Depersonalisationen, also für Depressionen nicht gerade typische Symptome, in zahlreicheren Phasen auf! Unsere 13 Patienten haben insgesamt 58 Phasen, davon 31 mit hypochondrischen Ideen. In 19 dieser 31 Phasen fanden wir in der Phase gleichzeitig auch Schuldgefühle.

Nach *J a n z a r i k* werden hypochondrische Inhalte als Erwartungen und Überzeugungen definiert, die von der Sorge um Gesundheit und Leben erfüllt sind und dem Aussenstehenden als unsinnig und wahnhaft erscheinen.

Auch *S a t t e s* weist darauf hin, dass nicht die Beschwerden, sondern die Bewertung der Beschwerden hypochondrisch ist. *S a t t e s* wie *J a n z a r i k* unter-

scheiden zwischen einfachen Befürchtungen, der Einbildung, krank zu sein, und der wahnhaften Gewissheit, unheilbar krank zu sein.

Wir fanden 6 Fälle mit wahnhafter Hypochondrie; von insgesamt 20 Phasen wiesen 17 dieses Symptom auf. Die 3 hypochondriefreien Phasen waren die einzigen, die vor dem 40. Lebensjahr lagen, alle anderen traten später auf.

Wir finden folgende Inhalte:

In 5 Phasen: Luophobie

" 5 " : Carcinophobie

" 4 " : Angst, nicht Wasserlassen zu können

" 2 " : das Gefühl des Angefülltseins mit Kot,
vollkommener Einschrumpfung

" 1 " : Angst vor Lungensucht

In 10 Phasen fanden wir auch Schuldgefühle:

3 x sich durch Onanie krank gemacht zu haben

2 x die Familie mit Syphilis angesteckt zu haben.

In 5 Phasen bleiben die Schuldgefühle unbestimmt, wir finden Angaben wie:

"Ich bin verdammt wegen allerhand Sachen in der Jugendzeit!"

"Ich habe nicht richtig gelebt!"

"Ich habe mich versündigt!"

Man kann vermuten, dass es sich letzten Endes auch in diesen Fällen um ein Thema aus dem Bereich des Sexuellen handelt, das die Patienten nicht näher angeben wollen.

Wir finden also eine inhaltliche Beziehung zwischen Schuldgefühlen und hypochondrischen Ideen sicher in einem Teil der Fälle, nämlich dort, wo das schuldhaftige Vergehen (Onanie, Aquirierung einer Lues) den Boden für die hypochondrischen Ideen abgibt.

Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass die Patienten in den Phasen, in denen sie sich der wahnhaften Befürchtung hingeben, geschlechtskrank zu sein, keinerlei Missempfindungen, die darauf schliessen lassen könnten, verspüren.

Überblickt man sämtliche Phasen der 6 Patienten, so gewinnt man den Eindruck, dass die Hypochondrie das hervorragende Symptom darstellt, was sich auch dadurch kundtut, dass es kaum in einer Phase fehlt, während Schuldgefühle nur in der Hälfte der Phasen zu finden sind. Jedoch fanden wir keinen Anhalt für die Behauptung von R e h m und von O r e l l i , dass Hypochondrie im späteren Alter - um Depressionen dieser Art handelt es sich ja hier - Schuldgefühle verdrängen. Man kann im Gegenteil sagen, dass zu dem hypochondrischen Symptom noch Schuldgefühle hinzutreten.

In 7 Fällen ist der hypochondrische Inhalt nicht wahnhaft gesteigert, sondern es werden Missempfindungen überbewertet. Von 38 Phasen zeigen 14 Hypochondrie, während in 23 Phasen Schuldgefühle gefunden wurden.

Hier scheinen die Schuldgefühle das durchschlagkräftigere Symptom zu sein. Die hypochondrischen Inhalte haben nie besondere Bedeutung in der Symptomatik erlangt. In 8 Phasen stehen Schuldgefühl und hypochondrische Ideen zusammen in der Phase. Dabei fällt jedoch auf, dass in 5 von 8 Phasen, die hypochondrischen Ideen erst bei Abklingen der Phase auftreten, und die zunächst hervorragenden Schuldgefühle zurücktreten.

Auch diese Phasen liegen nach dem 40. Lebensjahr. Man kann auch hier keineswegs davon reden, dass hypochondrische Ideen die Schuldgefühle verdrängen.

3. Schuldgefühl in Beziehung zum Zwangssymptom.

Zwang in Form von Zwangshandlungen, -vorstellungen und -denken kommt bei 26 von 100 Patienten vor. Das ist ein sehr hoher Prozentsatz! Gibt doch R e h m an, dass nur bei 1,5 Prozent der Phasen des m.d.I. Zwangssymptome zu finden sind. L a n g e bestreitet engere Zusammenhänge zwischen Zwang und m.d.I., wie es K r a e p e l i n , A s c h a f f e n b u r g , F r i e d m a n n und B o n - h o e f f e r angegeben hatten.

S t r a n s k y dagegen meint, dass Zwang häufig, vorwiegend allerdings in leichteren Phasen des m.d.I. zu finden sei. Auch H u t t e r weist auf diese Tatsache hin. Wir haben unter unseren Fällen einige, die L a n g e sicher nicht als echten Zwang bezeichnen würde. Sieht er doch in den Fällen keine echten Zwangsvorgänge, wo depressive Ideen, die während der schwersten Erscheinungen als Wahnideen festgehalten werden, allmählich schwankenden Realitätswert bekommen und eine Zeitlang als dominierende Vorstellung eine Rolle spielen, nicht abgeschüttelt werden können, noch halb geglaubt werden, aber im wesentlichen abgelehnt werden.

J a n z a r i k findet, dass die Patienten mit Versündigungsideen in den Phasen schon prämorbid skrupelhaft sind, oder gar zu Zwängen neigen.

Wir haben alles, was vom Patienten zwanghaft erlebt wurde, in unser Material aufgenommen.

Von unseren Fällen haben:

- 9 in allen Phasen Zwänge,
- 4 im weit überwiegenden Teil,
- 13 nur in einer Phase Zwänge.

Betrachten wir zuerst die Fälle, die entweder in allen oder im überwiegenden Teil der Phasen Zwangssymptome zeigen.

In diesen 13 Fällen kommt Zwang in 44 von 52 Phasen vor, davon in 25 Phasen gekoppelt mit Schuldgefühlen.

Der Inhalt der Zwangssymptome ändert sich in den einzelnen Phasen einer Erkrankung nicht oder nur unwesentlich.

In diesen 25 Phasen finden wir:

Zwangshandlungen (Wasch, Schliess-, Prüfwang)	14 mal
Zwangsvorstellungen sexueller Art	5 "
" geschlechtskrank zu sein	5 "
" mit unanständigen Gedanken	4 "
Zwangsgedanken: muss Lieder singen	1 "
" : sich etwas anzutun	2 "

In einigen Phasen kommen Zwangshandlungen und sexuelle Zwangsvorstellungen in ein und derselben Phase gleichzeitig vor.

Bei 7 von 13 Fällen mit 14 von 25 Phasen haben die Zwangsgedanken sexuellen Inhalt.

Wir finden in diesen Phasen folgende Schuldgefühle:

In 4 Phasen machen sich die Patienten Vorwürfe über ihre schlechten Gedanken. In zwei Phasen sind es die Vorwürfe, die Familie mit ihrer Geschlechtskrankheit zugrunde zu richten. Eine Patientin wirft sich vor, Holzsplitter (zwanghaft) in die Scheide gesteckt zu haben. Eine andere macht sich Vorwürfe, sich einem Mann hingegeben zu haben, deshalb seien die Gedanken aufgetreten: ihre Schamhaare wüchsen bis in den Boden.

Wir finden also in 8 von 14 Phasen eine inhaltliche Beziehung zwischen Zwangssymptom und Schuldgefühlen, während in

den 6 übrigen Phasen beide Symptome anscheinend unabhängig nebeneinanderstehen.

3 mal Vorwürfe über Beichtfehler,

2 mal " : sie sei eine schlechte Person,

1 mal " : sie hätte alles anders machen sollen.

In den übrigen 6 von 13 Fällen finden wir keinen sexuellen Inhalt in der Zwangssymptomatik.

Hier beobachten wir in 4 von 11 Phasen eine inhaltliche Beziehung zum Schuldgefühl.

Ein Lehrer mit Wiederholungszwang wirft sich vor, er habe die Leistungen der Schüler nicht richtig zensiert.

Ein Melker beschuldigt sich, dass durch sein Versagen die Kühe zu wenig Milch geben.

In den übrigen Phasen finden wir keine inhaltliche Beziehung.

Eine Patientin erlebt das Schuldgefühl selbst zwanghaft.

"Ich muss dauernd denken, dass ich schuldig bin am Tode meines Mannes."

Wir sehen also, dass besonders in den Phasen mit Zwangsgedanken aus der sexuellen Sphäre, Schuldgefühl und Zwang häufig in inhaltlicher Beziehung zueinander stehen. Meist ist das Schuldgefühl eine Reaktion auf die Zwangsgedanken. Bei einer Patientin beobachteten wir, dass auf der Höhe der Phase die Zwangsgedanken zugunsten der Schuldgefühle schwanden, wie wir es in ähnlicher Weise bei der Hypochondrie sahen.

In einem grossen Teil der Phasen traten Zwangssymptome allein ohne Schuldgefühl auf.

Warum nun einmal Phasen mit Schuldgefühl, und einmal ohne? Dazu ist zu sagen: Auch hier bevorzugt das Schuldgefühl die mittleren und letzten Phasen.

Ferner mag es sein, dass Schuldgefühle nur in den schweren Phasen auftreten, wie es am Beispiel einer Patientin auch deutlich wurde. Schon S t r a n s k y hatte ja darauf hingewiesen, dass besonders in leichteren Fällen von Depressionen Zwangsvorstellungen auftreten:

In zwei Fällen, bei einem Schulprofessor und einem Melker, tauchten nach der Pensionierung wohl noch Zwangsgedanken in der Phase auf, jedoch keine Schuldgefühle mehr. In beiden Fällen fiel die Instanz weg, vor der sie ihre Schuld erlebten.

Betrachten wir jetzt die 13 Patienten, bei denen das Zwangssymptom nur in einer Phase auftritt.

Als Inhalte imponieren hier:

5 mal zwanghaft erlebte Selbstmordideen,

2 mal schlechte Gedanken in sakralen Räumen,

3 mal unsinnige Gedanken, die von selbst kommen.

Ausserdem Zwangshandlungen wie:

von zuhause weglaufen,

irgendetwas wegwerfen,

Wäsche an die Sonne legen.

In allen diesen Phasen finden wir auch Schuldgefühle.

Inhaltliche Beziehung sehen wir jedoch nur in 3 Phasen, und zwar als Vorwürfe über die schlechten (Zwangs)gedanken, oder über die zwanghaft erlebten Selbstmordideen.

In allen Phasen stehen Zwang und Schuldgefühl ohne erkennbare Beziehung nebeneinander.

Der Inhalt der Schuldgefühle wird durch den Zwang überhaupt nicht beeinflusst; denn in 7 von 13 Fällen, die auch in an-

deren Phasen Schuldgefühle aufweisen, finden wir dort ähnliche Inhalte, wie in den Phasen mit Zwang.

Zusammenfassung.

Bei der Hälfte der Fälle mit Zwangssymptomen kehren diese regelmässig in allen oder wenigstens in den meisten Phasen wieder.

Es scheinen dies Fälle von leichteren, periodischen Depressionen zu sein, wie H u t t e r sie beschreibt.

Meist haben die Zwangsvorstellungen sexuellen Inhalt.

So stellt auch in der Mehrzahl der Fälle das Schuldgefühl (gleichzeitig in den Phasen auftretend) eine Reaktion auf die "schlechten Gedanken" dar, Zwang und Schuldgefühl stehen in enger innerer Beziehung.

Dabei tritt das Schuldgefühl auch hier bevorzugt in den mittleren und letzten Phasen auf, während vorher das Zwangssymptom allein die Phase beherrschte.

Nur in zwei Fällen fehlt das Schuldgefühl in den letzten Phasen, während der Zwang wieder auftaucht. In diesen beiden Fällen waren Schuldgefühl und Zwang in den vorhergehenden Phasen inhaltlich eng verknüpft. Vor der letzten Phase fiel (durch Pensionierung) die Instanz weg, vor der die Schuld erlebt wurde.

Bei der anderen Hälfte der Fälle, bei denen Zwang nur in einer von mehreren Phasen vorkommt, stehen Schuldgefühl und Zwang meist ohne Beziehung zueinander; die Schuldgefühle haben die gleichen Inhalte wie in den Phasen ohne Zwang.

4. Schuldgefühle in Beziehung zur Depersonalisation.

Wie E. J. Meyer es zuletzt formulierte, gehört zu den wichtigsten Kennzeichen der Depersonalisation die Störung des Ichbewusstseins im Gegensatz zum Aussen: Die Isolierung von der Aussenwelt mit dem Gefühl der Gefühllosigkeit, Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmungen, aber auch Störungen des Raum-Zeiterlebens.

In unserem Material erscheint die Depersonalisation fast ausschliesslich in Form dieses Gefühls der Isolierung von der Aussenwelt, nämlich hauptsächlich im Gefühl der Gefühllosigkeit, aber auch in Form der erlebten Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmungen oder des Raum-Zeiterlebens.

Wir finden Depersonalisation dieser Art bei 21 von unseren 100 Fällen.

A. Unter dem Gefühl der Gefühllosigkeit leiden 15 Patienten. Dabei wird dieses Gefühl in erster Linie bestimmten Personen gegenüber erlebt.

1. Dem Mann gegenüber: 4 Patienten in 4 Phasen
2. Den Kindern gegenüber: 10 Patienten in 13 Phasen
3. Der Familie (unbestimmt) gegenüber: 2 Patienten in 2 Phasen
4. Der Religion gegenüber: 6 Patienten in 6 Phasen.

B. Veränderungen des Zeiterlebens finden wir bei 6 Patienten.
"... die Zeit, die Stunden kriechen dahin."

Daneben auch bei einem Patienten Veränderungen des Gehörs und Geschmacks. (In einem Fall finden wir sowohl A. als auch B.)

Wir sehen, dass Depersonalisation nur in einer oder doch sehr wenigen Phasen vorkommt bei Erkrankungen, die mehrere oder zahlreiche Phasen aufweisen, im Gegensatz etwa zum Schuldgefühl, das ja die Tendenz hat, in mehreren Phasen wiederzukehren.

Betrachten wir zuerst das Gefühl der Gefühllosigkeit.

Wir können feststellen, dass bestimmte Lebensalter bevorzugt dieses Symptom zeigen.

So wird das Gefühl der Gefühllosigkeit Mann und Kindern gegenüber in 12 von 14 Phasen vor dem 40. Lebensjahr erlebt. Im Alter - nach dem 40. Lebensjahr - finden wir das Gefühl der Gefühllosigkeit den Familienangehörigen gegenüber (in nicht näher bestimmtem Sinn), oder ein Gefühl der Gefühllosigkeit gegenüber Gott und der Religion.

Der weitaus grössere Teil der Phasen mit Depersonalisation liegt vor dem 40. Lebensjahr. Von insgesamt 22 Phasen vor dem 40. Lebensjahr zeigen 12 das Gefühl der Gefühllosigkeit. Von insgesamt 37 Phasen nach dem 40. Lebensjahr haben 8 das Gefühl der Gefühllosigkeit. Wir glauben, dass das Auftreten dieses Gefühls in der Phase in Beziehung steht zur jeweiligen Lebenssituation des Kranken.

In unserem Material fällt auf, dass ausschliesslich Frauen dieses Symptom zeigen. In 8 von insgesamt 10 Fällen, in denen Frauen dieses Gefühl ihren Kindern gegenüber empfinden, sind die Kinder noch Säuglinge oder Kleinkinder. Im 9. Fall ist der einzige Sohn zwar erwachsen, das Mutter-Kind Verhältnis aber noch wie ehemals.

Bei 7 von den 8 Fällen, die das Gefühl der Gefühllosigkeit ihren Kindern gegenüber erleben, fehlt dieses Symptom in späteren Phasen nach dem 40. Lebensjahr.

In 4 von 10 Fällen ist die Phase mit dem Gefühl der Gefühllosigkeit die 2. Phase der Erkrankung. In der ersten Phase,

die vor der Heirat oder der Geburt des Kindes lag, finden wir dieses Symptom nicht.

Bei einer Patienten beobachten wir in der ersten Phase kurz nach der Hochzeit ein Gefühl der Gefühllosigkeit dem Mann gegenüber, nach einem Intervall von 6 Jahren in der nächsten Phase den Kindern gegenüber.

Man könnte dazu verleitet werden, anzunehmen, dass dieses Gefühl immer den meist geliebten und umsorgten Personen gegenüber erlebt wird.

Gegen diese Annahme spricht jedoch, dass mindestens in 4 von 10 Fällen Angaben zu finden sind, die dahin deuten, dass die Kinder doch nicht so geliebt und umsorgt sind, wie es normalerweise der Fall ist, oder, dass zumindest im Augenblick erhebliche Konflikte bestehen. In einem Fall sind es die "Stiefkinder, die besser nicht ins Haus gehörten, um deretwillen sie den Mann besser nicht geheiratet hätte!"

Im 2. Fall stehen die Kinder hinter der Oma, der Schwiegermutter, und nutzen wie diese die schwache Position der "Eingeheirateten" aus.

Im 3. Fall ist das Mutter-Kind Verhältnis dadurch gestört, dass die verwitwete Mutter ein Liebesverhältnis hat, das sie dem Sohn verheimlicht.

Im 4. Fall wird die Frau gegen ihren Willen vom Mann zur Abtreibung gezwungen.

In 3 weiteren Fällen kann man annehmen, dass sich Abneigung und Angst vor dem Mann - der in allen Fällen widerwillig geheiratet, in 2 Fällen als brutal geschildert und als sexueller Rohling bezeichnet wurde, der der Patientin die Kinder aufgehalst hat - auch auf die Kinder übertragen haben. Sind es doch die Kinder, welche die Frau an den Mann fesseln!

Ausserdem finden wir in 4 Fällen, dass nicht nur Gefühl-

losigkeit, sondern auch Hass, Ekel und Aggressionslust den Kindern gegenüber empfunden werden. F r e u d sprach in diesem Zusammenhang vom "rebellischen Stadium vor der Melancholie".

Auch S t r a n s k y und H u t t e r machten auf derartige Fälle aufmerksam.

Gefühl der Gefühllosigkeit und Schuldgefühle.

In 11 Fällen finden wir neben dem Gefühl der Gefühllosigkeit auch Schuldgefühle in der Phase.

In 4 Fällen sind die Schuldgefühle eine Reaktion auf die erlebte Gefühllosigkeit.

In den übrigen Fällen sehen wir keine Beziehung zwischen beiden Symptomen. Art und Inhalt der Schuldgefühle sind dort nicht anders als in den Phasen ohne Gefühl der Gefühllosigkeit (mit Ausnahme der 4 Fälle).

Bei 4 Patienten tritt in den Phasen mit erlebter Gefühllosigkeit kein Schuldgefühl auf, sondern erst in späteren und letzten Phasen. Bemerkenswert ist, dass sich in 3 von diesen Fällen die Frauen schuldig glauben, weil sie früher keine Liebe zu den Kindern gezeigt hätten. Oder man findet Vorwürfe wie:

"Ich hätte nicht heiraten sollen, bin keine gute Frau und Mutter gewesen."

B. Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung und Störung des Zeiterlebens finden wir in 7 Fällen.

In 6 Phasen Störung des Zeiterlebens
in 1 Phase Störung der Sinneswahrnehmung

Dieses Symptom taucht in 6 von 7 Fällen erst nach dem 50. Lebensjahr auf.

In allen Fällen finden wir auch Schuldgefühle.

Dabei ist bemerkenswert, dass die Schuldgefühle entweder als fragwürdige, oder aber als expansive Schuldgefühle erlebt wurden, eine Tatsache, auf die im 2. Teil noch einmal eingegangen werden soll.

Zusammenfassung.

Depersonalisation wird bei unseren Patienten meist als Gefühl der Gefühllosigkeit erlebt.

Es sind hauptsächlich Frauen in jungen Jahren, die in einer Phase dieses Gefühl dem Mann oder häufiger noch den Kindern gegenüber erleben.

In späteren Phasen tritt dieses Symptom nur sehr selten wieder auf, wie auch B e l l a k schon festgestellt hat. Bei einem Teil der Frauen wurde eine ambivalente Einstellung gegenüber den Personen deutlich, auf die sich dieses Gefühl bezog.

In einigen Fällen ist das gleichzeitig in der Phase auftretende Schuldgefühl eine Reaktion auf die erlebte Gefühllosigkeit.

Störung des Zeiterlebens und erlebte Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung finden wir in unserem Material selten. Dabei lässt sich nie eine inhaltliche Beziehung zu dem Schuldgefühl feststellen. Dagegen ist auffällig, dass in diesen Fällen das Schuldgefühl entweder fragwürdige oder aber expansive Formen annimmt.

5. Schuldgefühle in ihrer Beziehung zu Sinnestäuschungen.

R e h m fand unter seinem Material 31% der Phasen mit Sinnestäuschungen, vor allem des Gehörs, seltener des Gesichts, nur ausnahmsweise Geruchs- und Geschmackstäuschungen.

gen. Die Sinnestäuschungen trugen bevorzugt den Charakter des Traumhaften, Verschwommenen.

Er gibt weiter an, dass Sinnestäuschungen im Jugendalter sehr oft zu finden sind, eine Beobachtung, die auch von Z i e h e n und später von B a c h getroffen wurde. Mit fortschreitendem Alter sollen unter Zunahme der Wahnideen die Sinnestäuschungen abnehmen.

Wir fanden Sinnestäuschungen in 23 von 100 Krankengeschichten, meist in Form von hypnagogen Erlebnissen.

Von insgesamt 68 Phasen dieser Patienten zeigen 32 Sinnestäuschungen in der Symptomatik. In 29 Phasen standen sie zusammen mit Schuldgefühlen. Wir konnten im Gegensatz zu R e h m nicht eine Bevorzugung der jüngeren Altersstufe beobachten.

In keinem Fall besteht eine inhaltliche Beziehung zwischen Sinnestäuschung und Schuldgefühlen.

Und doch scheinen sie in einer gewissen inneren Beziehung zueinander zu stehen. Wahrscheinlich über ein Mittelglied - psychotische Angst, - die in diesen Phasen deutlich hervortritt.

In 18 von 29 Phasen finden wir nämlich das, was W e i t - b r e c h t wahnhaft-expansives Schuldgefühl nennt. Es tritt fast ausschliesslich in Phasen auf, in denen Sinnestäuschungen vorkommen.

Diese Phasen sind wohl identisch mit der "phantastischen Melancholie" K r a e p e l i n s , bei der neben Trugwahrnehmungen Versündigungsideen mit einem "phantastisch übertriebenen Anstrich" vorkommen. Auch in diesen Fällen bestand daneben starke innere Unruhe und Angst.

In 4 weiteren Phasen finden wir neben den Sinnestäuschungen das, was wir in unserer Arbeit als fragwürdiges Schuld-

gefühl bezeichnen. (Erklärung siehe Teil II.)

"Bin ich denn so böse, so verdorben?"

Wir können also eine deutliche Korrelation zwischen Sinnestäuschungen und bestimmten Schuldgefühlqualitäten, nämlich dem wahnhaft-expansiven und dem fragwürdigen Schuldgefühl, feststellen.

Nur in 7 Phasen finden wir neben Sinnestäuschungen Schuldgefühle mit konkretem Inhalt oder Schuldgefühle, die das ganze Sein des Patienten betreffen.

D. Schuldgefühle in ihrer Beziehung zum phasenauslösenden Ereignis.

In der Literatur, soweit wir sie überblicken konnten, besteht darüber Einigkeit, dass ein auslösendes Ereignis bei endogenen Depressionen keinen Einfluss auf den Verlauf der Phase und auf die Färbung der Symptomatik hat.

Manche Autoren benutzen diese Erfahrungstatsache sogar als differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber depressiven Reaktionen.

So schreibt R e h m : "Die Gestaltung der Symptomatik des m.d.I. ist nicht durch auslösende Momente wesentlich bedingt."

J. L a n g e ist der gleichen Meinung.

Angaben in Bezug auf die Häufigkeit situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener Depressionen divergieren bei den einzelnen Autoren. So fand K r a e p e l i n bei 5,3% der Fälle, B u m k e bei 30% der Fälle seines Leipziger Materials, R e h m bei 31%, neuerdings K i n k e l i n bei 26,2% aller Phasen der von ihr untersuchten 146 Patienten ein auslösendes Ereignis.

Wir konnten bei 48 von insgesamt 100 Fällen mindestens in einer Phase ein auslösendes Ereignis feststellen, und zwar:

bei 20 Patienten: in allen Phasen

" 8 " : in den meisten Phasen

" 6 " : in der Hälfte der Phasen

" 10 " : in weniger als der Hälfte der Phasen

" 4 " : in einer Phase.

Das sind insgesamt 83 von 333 untersuchten Phasen.

So können also auch wir bei ungefähr einem Viertel aller Phasen ein auslösendes Ereignis finden.

Die Patienten geben dazu folgende Angaben:

1. Im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Abtreibung: 12 Patienten in 15 Phasen.
2. Im Zusammenhang mit dem Tod eines nahen Verwandten, meist Mann oder Kind: 10 Patienten in 12 Phasen.
3. Nach Umzug: 9 Patienten in 10 Phasen.
4. Nach Überarbeitung: 7 Patienten in 8 Phasen.
5. Nach Heirat oder Verlobung: 5 Patienten in 5 Phasen.
6. Bei grossen Eheschwierigkeiten: 4 Patienten in 6 Phasen.
7. Nach Unterleibsoperation: 5 Patienten in 6 Phasen
8. Bei beruflichen Schwierigkeiten (wie Entlassung): 7 Patienten in 8 Phasen.
9. Nach Familienschwierigkeiten: 6 Patienten in 7 Phasen.
10. Bei Eintritt der Menopause: 3 Patienten in 3 Phasen.
11. Bei Überanstrengung infolge Pflege eines Angehörigen: 3 Patienten in 3 Phasen.

Dabei lässt sich feststellen, dass die ersten Phasen häufiger provoziert werden als die späteren. Auf diese Tatsache haben schon Z i e h e n , K o r n h u b e r und zuletzt P a u l e i k h o f f hingewiesen.

Wir glauben jedoch nicht, dass dies von einer besonderen Eigenschaft der ersten Phase abhängig, sondern altersbedingt ist.

Denn erste Phasen liegen in der grossen Mehrzahl der Fälle vor dem 40. Lebensjahr.

Bis zum 40. Lebensjahr zeigen aber bedeutend mehr Phasen - und nicht nur erste - einen Anlass als im späteren Alter. Die folgende Tabelle soll das darstellen:

Wir setzen bei unseren 49 Patienten, die mindestens in einer ihrer Phasen ein veranlassendes Ereignis zeigen, die Phasen mit Anlass denen ohne Anlass gegenüber.

A. Mit Anlass.

B. Ohne Anlass.

Tab. 4.

Alter in Jahrfünften	16 20	21 25	26 30	31 35	36 40	41 45	46 50	51 55	56 60	61 65	66 70	71 75
A	3	10	9	14	13	6	8	13	7	10	0	
B	1	1	3	2	3	5	6	7	19	14	0	

Bis zum 40. Lebensjahr zeigt sich also ein eindeutiges Überwiegen der Phasen mit Anlass gegenüber denen ohne Anlass. In den folgenden Jahren ist das Verhältnis ausgeglichener. Auf diese Tatsache hatte schon R e h m hingewiesen. Das einzige Ereignis, das in höheren Alter zunehmend stärkere Bedeutung als Anlass gewinnt, ist der verhältnismässig häufig genannte "Umzug", in geringerem Masse berufliche Schwierigkeiten.

Anlass und Schuldgefühl.

In einem ersten Überblick stellen wir fest, dass anlassbedingte Phasen nicht häufiger Schuldgefühle aufweisen als Phasen ohne Anlass.

In der grossen Mehrzahl der Phasen mit Anlass zeigen die Schuldgefühle keinerlei Beziehung zum auslösenden Ereignis. Bedeutenden Einfluss auf den Inhalt haben nur:

1. Der Tod eines Nahestehenden
2. Schwangerschaft und Geburt
3. Heirat.

Bei insgesamt 10 Patienten, die als Anlass zur Phase den Tod eines Angehörigen angeben, finden wir 5, die sich

schwere Vorwürfe machen, am Tod mitschuldig zu sein, durch mangelnde Pflege oder sonstige Vernachlässigung des nun Verstorbenen. Von insgesamt 12 Patienten, bei denen das veranlassende Ereignis Schwangerschaft, Geburt oder Abtreibung war, beschuldigten sich 5 schwer:

"Hätte nicht heiraten dürfen, sei den Mann nicht wert"

"Sei am Tod des Kindes schuldig"

"Sei geschlechtlich abstossend", u.a.

Von 5 Patienten, bei denen Heirat oder Verlobung Anlass zur Phase darstellte, haben 3 Schuldgefühle:

"Ich hätte nicht heiraten sollen, bin dem Mann keine richtige Frau." u.a.

Zusammenfassung.

Einfluss auf den Aufbau der Symptomatik, zumindest auf den Inhalt der Schuldgefühle, haben nur folgende auslösende Ereignisse:

Tod eines Nahestehenden, Heirat oder Verlobung, Schwangerschaft, Geburt oder Abtreibung.

Dazu ist noch zu bemerken, dass die Heirat in allen Fällen, in mehreren Fällen die Geburt des Kindes unerwünscht war.

Es ist also, wie P a u l e i k h o f f feststellte, nicht das objektiv-belangvolle, sondern das subjektiv-belangvolle der Situation entscheidend.

Zusammenfassung der Ergebnisse des ersten Teils.

Bisher wird in der psychiatrischen Literatur weitgehend vorausgesetzt, dass die Symptomatik bei endogenen Depressionen stabil ist. Es wird von vielen Autoren angenommen,

dass spätere Phasen das gleiche Bild zeigen, wenn die erste nach einem bestimmten Typus abläuft, z.B. in Form einer selbstquälerischen oder hypochondrischen Depression im Sinne L e o n h a r d s, oder in Form einer vitalen - oder einer Schulddepression im Sinne W e i t b r e c h t s .

In diesem Zusammenhang konnte K u r t S c h n e i d e r sagen: "Man hat übrigens den Eindruck, dass bei wiederholten Phasen immer wieder die gleiche Form wiederkehrt."

Wir haben versucht, an Hand von 100 Krankengeschichten, die einen Überblick über mehrere Phasen erlauben, unter besonderer Berücksichtigung eines Symptoms, nämlich des Schuldgefühls, das von W e i t b r e c h t als eines der Leitsymptome bei endogenen Depressionen angesprochen wird, diese Behauptung in einer längsschnittmässigen Betrachtungsweise zu untersuchen.

Wir fanden, dass von 100 Fällen knapp die Hälfte, nämlich 46 in allen Phasen wiederkehrend Schuldgefühl haben. Der Rest zeigt entweder nur in einer oder im Vergleich zur Gesamtanzahl, in wenigen Phasen Schuldgefühle, oder aber es treten wohl in der Mehrzahl der Phasen Schuldgefühle auf, aber in einigen nicht.

Dieses Ergebnis widerspricht also der obengenannten Auffassung K. S c h n e i d e r s, dass bei wiederholten Phasen immer gleiche Formen wiederkehren. Finden wir doch in einem grossen Teil der Phasen ohne Schuldgefühl keines der von uns untersuchten Symptome. Das heisst aber mit anderen Worten, dass sich diese Phasen lediglich im vitalen Bereich abspielen. Wir müssen deshalb betonen: bei ein und demselben Patienten können in verschiedenen Phasen "vitale" und "seelische" Depressionen auftreten.

Wir versuchten dann weiter festzustellen, ob sich Korrelationen zwischen Schuldgefühl und den von uns untersuchten Faktoren nachweisen liessen.

Wir sahen, dass bei Erkrankungen, die nur in einer Phase Schuldgefühle aufwiesen, diese Schuldgefühle hauptsächlich in späteren Phasen der Erkrankung zu finden waren. Es ergab sich aber, dass diese Tatsache nicht auf eine Eigenschaft dieser Phasen selbst zurückzuführen ist. Wir fanden nämlich bei 20 Fällen, die schon mehrere Phasen vor dem 40. Lebensjahr erlebt hatten, keine Bevorzugung der späteren Phasen.

Dagegen liess sich am Gesamtmaterial eindeutig feststellen: mit zunehmendem Alter, besonders vom 5. Lebensjahrzehnt ab, sind Schuldgefühle häufiger als vorher in den Phasen zu finden. Der Einfluss des Alters auf das Auftreten des Schuldgefühls, der ja von anderen Autoren schon hervorgehoben wurde, blieb jedoch der einzige Faktor, dem wir in dieser Hinsicht Bedeutung zumessen konnten.

Wir fanden lediglich auch Korrelationen zwischen der Färbung der Schuldgefühle und bestimmten anderen in der Phase gleichzeitig auftretenden Symptomen. So konnten wir feststellen, dass in Phasen mit Sinnestäuschungen das Schuldgefühl einen wahnhaft-expansiven Charakter annahm. Auch Korrelationen zwischen dem Inhalt der Schuldgefühle und anderen Symptomen konnten aufgezeigt werden.

Bestimmte, die Phase provozierende Ereignisse haben ebenfalls lediglich Einfluss auf den Inhalt der Schuldgefühle. In keinem Fall konnte deutlich gemacht werden, dass ein veranlassendes Ereignis das in der Phase auftauchende Schuldgefühl wirklich hervorgerufen hätte. Fanden wir doch in anderen Phasen der gleichen Fälle Schuldgefühle, ohne dass ein Anlass vorgelegen hätte.

II. Teil

Besondere Untersuchung über den Inhalt der Schuldgefühle

Schon bei K r a e p e l i n galten die Schuldgefühle als wichtiges diagnostisches Kriterium zur Abgrenzung des m.d.I.

Seit dieser Zeit finden wir zahlreiche Arbeiten, die sich unter anderem mit der Beschreibung der Schuldgefühle befassen.

W e i t b r e c h t hat dann mit der Gegenüberstellung von primären und sekundären Schuldgefühlen und mit der Hervorhebung der primären Schuldgefühle als Symptom ersten Ranges bei endogenen Depressionen (nach Kurt Schneider) die diagnostischen Möglichkeiten vergrößert.

Nach ihm sind die primären Schuldgefühle wie der primäre Verarmungswahn und der hypochondrische Wahn unableitbare, vom "hypothetischen morbus", direkt "aufgeworfene" Symptome.

Nach W e i t b r e c h t ist eben "das unableitbare Wissen um die Verlorenheit in der Seinschuld- das esse, nicht das operari-, qualitativ anders als Vorwürfe wegen gewisser Dinge, Versäumnisse usw."

Bei unseren nun folgenden qualitativen Aufteilungen der Schuldgefühle, die uns in dieser Art vom Material aufgedrängt wurden, liegt die W e i t b r e c h t 'sche Einteilung weitgehend zugrunde.

I. Ordnung nach der Qualität der Schuldgefühle

1. Seinsschuld: Wenn der Patient nicht durch sein Handeln, sondern allein durch sein Sein schuldig wird.

Die Patienten werfen sich vor:

"Ich bin ja schon von Geburt an schlecht, ich bin ver-

logen, mein Vater muss einen teuflischen Samen gehabt haben!" u.a.

2. Expansive Schuld: Wenn der Inhalt der Schuldgefühle sich nicht nur auf konkrete Vergehen bezieht, sondern sich ins Wahnhafte steigernd, völlig unmögliche Themen aufweist:

"Ich bin ein millionenfacher Mörder, habe die ganze Welt auf dem Gewissen, ich bin schlimmer als Stalin und Hitler!" u.a.

3. Bilanzschuld: Vergleichbar der Daseinsschuld bei S t o r c h , wo das versäumte und nicht gelebte Leben schuldig werden lässt.

Wenn der Patient sich ohne genauere Angabe vorwirft:
"Ich habe mein ganzes Leben verpfuscht, alles habe ich falsch gemacht!"

4. Konkrete Schuld: Wenn der Patient sich eines bestimmten Vergehens bezichtigt, wobei natürlich berücksichtigt werden muss, dass es sich fast nie um ein wirklich begangenes Vergehen handelt, wie ja auch V. F r a n k l feststellte, dass Realschuld kaum jemals in den wahnhaften Selbstvorwürfen der Kranken vorkommt.

5. Unbestimmte Schuld: Wenn das schuldhaftes Vergehen nicht genannt wird, sondern unbestimmt bleibt.

"Ich habe etwas Schreckliches gemacht, das wird mir Gott niemals verzeihen."

6. Fragwürdige Schuld: Wenn der Patient sich schuldig bekennt, im nächsten Satz aber alles ableugnet oder in ein besseres Licht zu stellen versucht.

"Ich bin eine schlechte, egoistische Frau, aber mein Mann ist ja noch viel schlimmer!"

Das, was wir als Seinsschuld, expansive Schuld und Bilanzschuld bezeichnen, fällt sicher unter den Begriff "primäre

Schuldgefühle" (W e i t b r e c h t), während die verhältnismässig geringe Anzahl der sekundären Schuldgefühle vor allem unter den Fällen mit "Konkreter Schuld" zu suchen ist.

Ausgangsmaterial sind 100 Krankengeschichten mit Schuldgefühl in mindestens einer Phase.

Insgesamt konnten die Angaben von 314 der 333 Phasen ausgewertet werden.

Davon zeigen:

- 109 Phasen konkrete Schuldgefühle
- 47 Phasen Seinsschuld
- 23 Phasen expansive Schuld
- 19 Phasen Bilanzschuld
- 24 Phasen unbestimmte Schuld
- 92 Phasen kein Schuldgefühl
- 3 Phasen keine genauen Angaben

ausserdem: 14 Phasen mit fragwürdigen Schuldgefühlen, die aber unter einer der oben aufgezählten Rubriken gezählt sind.

Wir beobachten nur im kleineren Teil der Fälle ein und dieselbe Schuldqualität durchgehend in allen Phasen der Erkrankung; in den meisten Fällen findet ein Wechsel der Schuldgefühlqualitäten statt.

So sahen wir bei den 45 Fällen, die in allen Phasen Schuldgefühle hatten,

- 7 mal in allen Phasen Seinsschuld
- 4 mal " " " expansive Schuld
- 1 mal " " " Bilanzschuld
- 8 mal " " " konkrete Schuld.

In den übrigen 25 Fällen lösten sich 2 oder mehr Schuldgefühlqualitäten ab.

Bei den Erkrankungen, die zwar nicht in allen, aber doch in mehreren Phasen Schuldgefühle aufweisen, ist das Verhältnis ähnlich. 14 Fällen mit nur einer Art von Schuldgefühl in den Phasen stehen 17 Fälle mit verschiedenen Schuldgefühlqualitäten gegenüber.

Von den 24 Fällen, die nur in einer ihrer Phasen Schuldgefühle zeigen, hat der weitaus grösste Teil, nämlich 15, konkrete Schuldgefühle, während Fälle mit Seinsschuld fast nicht vorkommen.

Wir können also feststellen, dass nur beim kleineren Teil der Fälle die Schuldgefühle in den verschiedenen Phasen von gleicher Art sind, während beim grösseren Teil sich verschiedene Qualitäten ablösen.

Wir wollen deshalb untersuchen, ob sich Korrelationen zwischen bestimmten Faktoren und dem Auftreten der einzelnen Schuldgefühlqualitäten finden lassen!

A. Wir untersuchten zuerst die Beziehung zum Alter.

In der Tabelle auf der folgenden Seite ist die Häufigkeit der verschiedenen Arten in den einzelnen Jahrfünften aufgetragen.

Wir finden:

1. Seinsschuld etwa gleichmässig verteilt in jeder Altersstufe.
2. Expansive Schuld erst nach dem 30. Lebensjahr, ebenso fragwürdige Schuld.
3. Bilanzschuld nur nach dem 40. Lebensjahr, gehäuft zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr.

Tab. 5.

Alter Seins- Bilanz- expan- konkre- unbe- frag- ohne insge-
schuld schuld sive S. te S. stimm-wür- S. samt
te S. dige
S.

16-20	1	-	-	5	-	-	3	9
21-25	2	-	-	3	3	-	7	15
26-30	2	-	-	4	1	-	9	16
31-35	2	-	2	4	1	1	9	18
36-40	4	-	4	7	3	-	13	31
41-45	5	-	1	8	1	1	7	22
46-50	3	-	3	13	2	2	8	29
51-55	6	9	2	18	3	4	9	47
56-60	10	7	4	18	7	2	17	65
61-65	4	-	4	22	1	4	6	37
66-70	8	2	1	2	1	-	1	15
71-75	1	1	1	5	1	-	2	11

4. Phasen mit konkreten Schuldgefühlen nehmen mit fortschreitendem Alter zu.
5. Phasen ohne Schuldgefühle nehmen mit zunehmendem Alter ab.

B. Die Untersuchung über die Beziehung zum Platz in der Phasenreihe ergab keinen neuen Gesichtspunkt.

C. Beziehung zu anderen Symptomen in der Phase.

Die Beziehung zu anderen Symptomen soll an Hand einer Tabelle erläutert werden.

Tab. 6.

	Verar- mung	Hypo- chon- drie	Zwang	Sinnes- täu- schun- gen	Deper- sona- lisa- tion	Bezie- hungs- ideen	keine anderen Symptome
Seins-S.	7	4	7	4	3	5	25
Expans.S.	10	1	4	16	3	5	4
Bilanz-S.	1	4	2	-	-	4	8
Konkr.S.	14	6	21	6	14	13	42
unbest.S.	-	4	-	1	-	4	13
Fragwür- dige S.	2	1	4	3	4	-	2

Wir finden:

1. In den Phasen mit expansiver Schuld ein auffälliges Auftreten von Trugwahrnehmungen, wie sie in den übrigen Phasen fast nie zu finden sind. Es scheint tatsächlich, als sei die Qualität der Schuldgefühle in diesen Phasen durch diese Erlebnisse und die daraus resultierende Angst bestimmt. K r a e p e l i n und neuerdings J a n z a r i k haben darauf hingewiesen.

2. Auch in den Phasen mit fragwürdigen Schuldgefühlen ist der Anteil der Trugwahrnehmungen relativ hoch. Expansive Schuld und fragwürdige Schuld scheinen in diesen Fällen verschiedene Antworten auf für den Patienten fremdartige Erlebnisse zu sein.
3. Nicht weiter verwunderlich ist das starke Auftreten von Verarmungsideen in ihrer wahnhaften Form im Umkreis der expansiven Schuldgefühle, wie es auch von J a n z a - r i k schon beschrieben wurde. Sie sind wohl als gerecht empfundene Schuldfolge anzusehen.

Alle übrigen Ergebnisse sind weniger eindrucksvoll und daher mit Vorsicht zu bewerten: so die relativ häufige Kombination von Zwang und konkreten Schuldgefühlen, ferner das vermehrte Auftreten von Depersonalisation in Phasen mit fragwürdiger Schuld und das vermehrte Auftreten von Hypochondrie in Phasen mit unbestimmter Schuld. Auch die Tatsache ist zu erwähnen, dass in Phasen mit expansiver Schuld und fragwürdiger Schuld das Schuldgefühl selten allein steht.

Zusammenfassung:

Wir haben versucht herauszufinden, wann während einer Erkrankung mit mehreren Phasen die einzelnen Schuldgefühlqualitäten auftreten und ob sich Korrelationen zu den von uns untersuchten Faktoren ergeben.

Wir haben nach 3 Richtungen hin untersucht:

1. Beziehung zum Alter
2. " " Platz in der Phasenreihe
3. " zur übrigen Symptomatik.

Wir fanden folgende eindeutige Ergebnisse:

1. Bilanzschuld tritt in einem bestimmten Lebensalter auf, hauptsächlich zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr, also in einem Alter, in dem die Höhe des Lebens überschritten ist und man annehmen darf, dass wirklich Bilanz gemacht wird.
2. Es besteht eine sehr deutliche Beziehung zwischen expansiver Schuld und Trugwahrnehmung. Expansive Schuld tritt fast nur im Zusammenhang mit Trugwahrnehmungen auf.

Alle übrigen Ergebnisse sind weniger eindeutig und müssen an grösserem Material überprüft werden.

Wenn man auch in den meisten Fällen nicht sagen kann, dass die Schuldgefühle in den späteren Phasen einer Erkrankung von der gleichen Art sind wie in der ersten Phase, so lässt sich doch nicht leugnen, dass eine gewisse Tendenz zu gleichartiger Wiederholung besteht.

Vor allem finden wir diese Tendenz bei den Fällen mit Seinschuld in den Phasen.

Zur weiteren Differenzierung teilen wir deshalb die Krankengeschichten in 4 Gruppen ein.

In der ersten sind die Fälle zu finden, die in mindestens einer ihrer Phasen Seinschuld zeigen, in der zweiten die Fälle, die in einer ihrer Phasen expansive Schuld aufweisen. In der dritten Gruppe sind die Fälle zusammengefasst, die in mindestens einer Phase Bilanzschuld beobachten lassen, während in der vierten Gruppe die Fälle enthalten sind, die in mindestens einer Phase konkrete Schuld zeigen. (Unbestimmte und fragwürdige Schuldgefühle werden anschliessend besprochen.)

Wir werden zu dieser Aufteilung ermutigt, weil sich diese Gruppen in einzelnen Punkten wesentlich unterscheiden.

ad I. Die Fälle mit Seinsschuld heben sich deutlich von Fällen mit konkreter Schuld ab.

1. Wir finden in diesen Fällen ein erhebliches Überwiegen von Phasen mit Seinsschuld über Phasen mit anderen Qualitäten. Auf 47 Phasen mit Seinsschuld kommen 29 Phasen mit anderen Schuldgefühlen.

In 7 von 27 Fällen mit Seinsschuld finden wir in allen Phasen diese Qualität.

2. In dieser Gruppe finden wir bedeutend weniger Phasen ohne jedes Schuldgefühl als in der grossen Vergleichsgruppe. 76 Phasen mit Schuldgefühlen stehen nur 20 ohne Schuldgefühle gegenüber; während bei den Fällen mit konkreter Schuld 86 Phasen mit Schuldgefühlen 56 Phasen ohne Schuldgefühle gegenüberstehen.

3. Die Erkrankungen dieser Gruppe haben, wenn auch nicht beträchtlich, so doch deutlich mehr Phasen, als die Erkrankungen der Vergleichsgruppe.

ad II. Für die Gruppe der Fälle mit expansiver Schuld gilt zum Teil das für die erste Gesagte.

1. Es überwiegen die Phasen mit expansiver Schuld gegenüber denen mit anderen Schuldgefühlqualitäten mit dem Verhältnis 22 : 12 noch eindeutiger.

2. Auch das Verhältnis der Phasen mit Schuldgefühlen gegenüber denen ohne Schuldgefühle, ist mit 34 : 5 noch klarer zugunsten ersterer als bei der vorgenannten Gruppe.

3. Wir finden auffallend viele zweiphasige Erkrankungen, dagegen keine mit mehr als 3 Phasen.

ad III. Bei der Gruppe mit Bilanzschuld fällt auf, dass alle Phasen, die diese Art Schuldgefühle zeigen, in einem bestimmten Alter liegen.

Wir haben herauszuarbeiten versucht, ob es von extrapsychotischen Faktoren abhängt, dass ein Patient der einen oder der anderen Gruppe angehört.

Dazu haben wir Angaben über die Persönlichkeitsstruktur und über die soziale Herkunft der Patienten gesammelt. Leider waren diesbezügliche Bemerkungen sehr spärlich; zu spärlich, um einen signifikanten Unterschied in der Persönlichkeitsstruktur feststellen zu können. Dagegen fanden wir ein verwertbares Ergebnis bei der Beobachtung der Herkunft der Patienten.

Nur von 69 unter 100 Patienten standen uns Angaben über den Beruf des Vaters oder des Ehemannes oder des Patienten selbst zur Verfügung. Wir ordneten diese Angaben in zwei Gruppen ein: Die erste umfasst die Berufe, die man landläufig als "geistige Berufe" bezeichnet, während in der anderen Gruppe handwerkliche Berufe zu finden sind.

Gruppe A.

Patient, Mann oder Vater ist: Akademiker, Lehrer, Beamter oder Angestellter in gehobener Stellung.

Gruppe B.

Patient, Mann oder Vater ist: Landwirt, Handwerker, Verkäuferin, Hausangestellte.

Das Verhältnis A : B ist 24 : 45.

Aufgeteilt auf die einzelnen Gruppen ergibt sich folgendes Bild:

1. Seinsschuld	10 : 7
2. Konkrete Schuld	9 : 22
3. Expansive Schuld	2 : 7
4. Bilanzschuld	3 : 9

Natürlich ist diese Einteilung sehr schematisch und grob; aber immerhin fällt ein Resultat auch bei dieser Methode auf: nämlich das sehr eindeutige Überwiegen der Patienten aus gesellschaftlich höheren Schichten unter den Fällen mit Seinsschuld.

Auch J a n z a r i k findet bei den untersuchten Patienten mit "existenzieller Schuld" bei aller sonstiger Verschiedenheit einen hohen Grad intellektueller Differenzierung: fast ohne Ausnahme sind die Patienten Akademiker oder haben höhere Schulbildung.

II. Wenden wir uns nun dem eigentlichen Inhalt der Schuldgefühle zu!

Als Inhalte kommen eine begrenzte Anzahl von Themen in Frage.

A. Aus dem Bereich des Sexuellen.

1. Onanie
2. Aussererhelicher Geschlechtsverkehr
3. Perverser Geschlechtsverkehr
(Coitus per anum)
4. Untreue (nicht näher definiert)
5. Unanständige (Zwangs-)Gedanken
6. Geschlechtskrankheit.

B. Aus dem Bereich der Ehe und der Mutterschaft.

1. Heirat ("Ich hätte nicht heiraten sollen")
2. Kinder (willentlich keine Kinder haben)
3. Abtreibung.

C. Aus dem Bereich des Familienlebens.

1. Vernachlässigung des Mannes
2. Vernachlässigung der Kinder
3. Vernachlässigung der Hausfrauenpflichten

D. Aus dem Bereich der weiteren Familie.

1. Schuld an Krankheit und Tod eines Angehörigen
2. Angehörigen Schlechtes gewünscht zu haben
3. Die Pflege eines Angehörigen vernachlässigt zu haben.

E. Aus dem Bereich des Berufes.

F. Kriminelle Delikte.

G. Vergehen auf religiösem Gebiet.

1. Übertreten von Geboten.
2. Beichtfehler
3. Selbstmordgedanken, die mit der religiösen Einstellung nicht vereinbar sind.

H. Die Krankheit selbst verschuldet zu haben.

Wir finden bei unseren Patienten folgende Verteilung:
Schuldgefühle aus dem Bereich

A. des Sexuellen:	in 43 Phasen
B. der Ehe und der Mutterschaft:	in 19 Phasen
C. der Familie:	in 42 Phasen
D. der weiteren Familie:	in 23 Phasen
E. des Berufs:	in 16 Phasen
F. der kriminellen Delikte:	in 18 Phasen
G. der religiösen Vergehen:	in 45 Phasen
H. der Krankheit:	in 8 Phasen

Halten wir die Aufteilung in die 4 Gruppen aufrecht:

Seinsschuld
Expansive Schuld
Bilanzschuld und
Konkrete Schuld

und vergleichen die Inhalte der einzelnen Gruppen, so ergibt sich in der Gruppe mit konkreten Schuldgefühlen eine im Vergleich zu den anderen Gruppen grosse Anzahl von Schuldgefühlen, die Vergehen im Beruf als Inhalt haben, während religiöse Verfehlungen in Form von Übertretungen kirchlicher Gebote selten als Inhalt auftauchen.

In der Gruppe mit Seinsschuld finden wir Inhalte aus dem sexuellen Bereich etwas häufiger, dagegen keine Schuldgefühle aus dem Bereich der Ehe und Mutterschaft oder des Berufs.

Bei der Gruppe mit expansiver Schuld überwiegen religiöse Inhalte bei weitem, während bei der Gruppe mit Bilanzschuld Inhalte aus dem sexuellen Bereich fehlen, dagegen Inhalte aus dem Bereich der Ehe und Mutterschaft dominieren.

Folgende Tabelle soll einen Überblick verschaffen:

- A: Gruppe mit Seinsschuld
- B: " " expansiver Schuld
- C: " " Bilanzschuld
- D: " " konkreter Schuld

Tab. 7.

Inhalte:	A	B	C	D
Sexueller Bereich	20	5	-	18
Ehe, Mutterschaft	2	-	10	7
Familienbereich	18	2	4	17
Familie im weiteren Sinn	9	2	5	8
Beruf	2	2	1	11
Kriminalität	3	4	5	6
Religiöser Bereich	15	13	9	8

A. Beziehung der Inhalte zum Alter.

Bei einer ersten grossen Einteilung in 3 grosse Altersgruppen

- 1.) 15 - 30 Jahre
- 2.) 31 - 50 Jahre
- 3.) 51 - 80 Jahre

finden wir folgende Ergebnisse:

Im Alter bis zu 30 Jahren überwiegen als Inhalte sexuelle und religiöse Themen.

Im Alter zwischen 30 und 50 Jahren sind alle möglichen Vergehen als Inhalte in gleichem Masse gegeben.

In der dritten Altersgruppe sind ebenfalls sämtliche vorkommenden Vergehen als Inhalte vertreten, herausragen jedoch Inhalte aus dem Bereich der Familie, religiöse Verfehlungen und kriminelle Delikte.

Im einzelnen ist noch zu erwähnen, dass Onanie als Inhalt in früher Jugend und dann nach einer Latenzzeit von ungefähr 20 Jahren im späteren Alter wieder auftritt.

Der Untreue und des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs beziehten sich dagegen häufiger Patienten der mittleren Altersgruppe.

Des Vergehens, keine Kinder gewollt zu haben, beschuldigen sich Frauen jenseits des 50. Lebensjahres.

Den Angehörigen Schlechtes gewünscht zu haben oder gar schuldig zu sein am Tod des Mannes oder am Tod der Eltern, werfen sich gehäuft Patienten von der Lebensmitte ab vor.

Auch den Vorwurf, die Krankheit selbst verschuldet zu haben, beobachten wir hauptsächlich im späteren Alter.

Werden nun gleiche Inhalte in verschiedenen Phasen einer Erkrankung wiederholt?

Insgesamt kommen bei 44 Patienten dieselben Inhalte mindestens in 2 Phasen vor.

Besonders Themen aus dem Bereich des Religiösen und des Sexuellen, und auch die dem Bereich des Sexuellen nahestehenden Vergehen, wie keine Kinder gewollt zu haben, kommen in mehreren Phasen einer Erkrankung vor.

Zusammenfassung:

Wir konnten herausfinden, dass als Inhalte der Schuldgefühle eine begrenzte Anzahl von Vergehen in Frage kommt. Es ragen heraus:

1. Übertretung von Kirchengeboten
2. Vergehen im Bereich des Sexuellen
3. Vergehen im Familienbereich.

Wir konnten weiter beobachten, dass in der Gruppe mit expansiven Schuldgefühlen religiöse Inhalte sehr überwiegen. In der Gruppe mit Bilanzschuld fanden wir hauptsächlich Inhalte aus dem Bereich der Ehe und Mutterschaft. Bei einer Einteilung nach dem Alter zeigte sich, dass bis zum Ende des 3. Lebensjahrzehntes religiöse und sexuelle Inhalte überwiegen, im Alter zwischen 30 und 50 Jahren alle möglichen Inhalte in ungefähr gleichem Masse vertreten sind und nach dem 50. Lebensjahr Inhalte aus dem Familienbereich, religiöse Verfehlungen und kriminelle Delikte hervorragen.

Ausserdem zeigte sich, dass bei 44 Patienten der gleiche Inhalt in mindestens 2 Phasen der Erkrankung auftaucht. Besonders sind es Schuldgefühle über Vergehen aus dem Bereich des Sexuellen, des Religiösen sowie der Ehe und Mutterschaft, die mehrmals in einer Erkrankung vorkommen.

B. Schuldfolge.

Als Schuldfolge werden ausnahmslos Strafen angenommen, Strafen, die zum geringen Teil schon eingetreten sind, zum grösseren Teil noch bevorstehen.

Folgende Strafen werden angeführt:

1. Verdammnis, Hölle in 44 Phasen
2. Tod in 7 Phasen
3. Verfolgung durch Mitmenschen in 6 Phasen
4. Krankheit in 6 Phasen
5. Irdisches Gericht in 2 Phasen
6. Zerstörung der Familie in 2 Phasen.

Nicht mitgezählt ist hier die Verarmung als Schuldfolge, auf die schon weiter oben eingegangen wurde.

Bei einer Aufteilung nach dem Alter fanden wir, dass Schuldfolgen erst nach dem 40. Lebensjahr mit einem Höhepunkt zwischen dem 56. und 60. Jahr erlebt werden.

Nur 4 Fälle machten hiervon eine Ausnahme.

Bei einer Einteilung der Folgen nach dem Inhalt der Schuldgefühle fanden wir:

1. Im sexuellen Bereich von insgesamt 43 Phasen 17 mit Schuldfolgen.
2. Im religiösen Bereich 12 von 45 Phasen.
3. Im Bereich der Ehe und Mutterschaft in 8 von 19 Phasen, bei Abtreibung in sämtlichen Phasen.
4. Nach kriminellen Delikten in 8 von 18 Phasen.
5. Nach dem Vergehen, einen Angehörigen zu Tode gebracht zu haben, in 4 von 9 Phasen.

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass Vergehen der Familie gegenüber, besonders der so häufige Vorwurf, keine gute Hausfrau zu sein, fast nie Folgen nach sich ziehen. Das gleiche gilt für Verstösse im beruflichen

Bereich. J a n z a r i k hat besonders darauf hingewiesen, dass bei der Leistungsschuld, vor allem in den Fällen, wo die Familie als Instanz gilt, der Nachdruck auf dem Versagen liegt, nicht aber auf den Folgen.

C. Zeitlicher Abstand: Schuldgefühl - Vergehen.

Wir untersuchten den zeitlichen Abstand zwischen depressiver Phase mit Schuldgefühlen und dem einzelnen konkreten Vergehen, das den Inhalt für die Schuldgefühle abgibt.

Wir nahmen 2 extreme Gruppen heraus:

1. Die Tat, die schuldig werden lässt, liegt nur kurze Zeit vor der Phase oder gar in der Phase.
2. Die Delikte sind Jahre bis Jahrzehnte vor Beginn der Erkrankung begangen worden, können in der Zwischenzeit vergessen sein und plötzlich als Inhalt der Phase auftauchen.

Folgende Tabelle soll das unterschiedliche Auftreten der verschiedenen Inhalte in beiden Gruppen veranschaulichen.

Tab. 8.

Inhalte	1. Gruppe	2. Gruppe
Sexuelle Themen	6	29
Ehe, Mutterschaft	1	23
Vernachlässigung des Mannes und der Kinder	5	4
Vernachlässigung der Hausfrauenpflichten	13	-
Verfehlungen im Beruf	5	1
Schuld am Tod ein. Angeh.	6	5
Kriminelle Delikte	4	9
Religiöse Vergehen	8	9

Zur ersten Gruppe zählen also besonders Vergehen im Bereich der Familie und des Berufslebens.

Nachlässigkeit, Trägheit und Untüchtigkeit werfen sich die Patienten vor, doch sind diese Schuldgefühle nie so stark, dass sie in der Symptomatik herausragen, sondern sie stehen meist unbedeutend neben oder hinter anderen Symptomen. Es sind meist sekundäre Schuldgefühle im Sinne **W e i t - b r e c h t s**.

Auf der anderen Seite steht die grosse Gruppe der Schuldgefühle, deren Inhalte aus dem Bereich des Geschlechtlichen stammen:

Onanie, aussereheliche Verbindungen, Abtreibung, aber auch Kinderlosigkeit, Ehelosigkeit u.a. Hier liegt das Vergehen in den meisten Fällen jahrelang zurück; oft trennt ein ganzes Leben Tat und Schuldgefühl in der Phase.

Auch religiöse Vergehen, besonders Beichtfehler, gehören zu dieser Gruppe, doch sind gerade hier viele der Angaben zu ungenau, um verwertet werden zu können.

Auch muss erwähnt werden, dass Beichtversäumnisse ja meist nur Folgen eines Vergehens darstellen, das eben dieses falsche Beichten begründete.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Vergehen, welches zur falschen Beichte führte, in vielen Fällen aus dem Bereich des Geschlechtslebens stammt, ein Sektor, der ja gerade während der Jugendzeit unserer Patienten, also der Zeit vor dem ersten Weltkrieg, tabu war.

Ein kurzes Beispiel soll das erläutern.

Eine Patientin mit insgesamt 3 Phasen machte sich in der ersten Phase im Alter von 23 Jahren lediglich unbestimmte Vorwürfe wegen der Kommunion und Beichtversäumnissen.

In der 2. und 3. Phase im Alter nach dem 50. Lebensjahr hatte die Patientin Schuldgefühle wegen "Dummheiten" in der Jugend, sie habe sich mit Männern abgegeben, sei mit jedem mitgegangen, wie eine Hure.

D. Unbestimmte Schuldgefühle.

16 Patienten zeigen in einer ihrer Phasen Schuldgefühle, ohne deren Inhalt näher anzugeben: er bleibt im Unbestimmten oder wird gar nicht genannt. In anderen Fällen wird nur die Folge der Tat befürchtet, die schuldig werden liess. Wir finden Angaben wie:

"Vorwürfe wegen kleiner Vergehen in der Jugend."

"Vorwürfe ohne zu wissen warum."

oder "unbestimmte Befürchtungen, für etwas bestraft zu werden."

In 13 von 16 Fällen sind diese unbestimmten Schuldgefühle auf eine Phase der Erkrankung beschränkt. Dabei sind ungefähr in gleichem Masse erste, mittlere und letzte Phasen betroffen.

Phasen mit unbestimmten Schuldgefühlen finden wir jedoch häufiger im Alter vor dem 40. Lebensjahr.

Bei unseren 16 Patienten mit insgesamt 47 Phasen mit Schuldgefühlen liegen nur 8 Phasen vor dem 40. Lebensjahr, davon allein 7 mit unbestimmten Schuldgefühlen, während von 33 Phasen nach dem 40. Lebensjahr nur 12 unbestimmte Schuldgefühle zeigen.

Auffallend ist, dass in den übrigen Phasen, wenn überhaupt, dann meist Schuldgefühle mit genauen Inhaltsangaben vorliegen.

Unbestimmt heisst wohl in den meisten Fällen nicht, dass der Patient ein Schuldgefühl ohne jeden Inhalt hat. Hinter der unbestimmten Angabe steht für den Patienten meist ein klarer Sachverhalt.

Das soll an Hand von Auszügen aus der Krankengeschichte eines Patienten veranschaulicht werden.

1. Phase, 17-jährig:

"Vorwürfe über schlechte Gedanken, die meist das Aller-

heiligste betreffen. Er hätte sich mit 10 Jahren an Hunden vergangen."

2. Phase, 57-jährig

"Er müsse längst zurückliegende Sünden beichten."

3. Phase, 62-jährig

"Er sei verdammt wegen seiner Schlechtigkeit."

4. Phase, 65-jährig

"Vorwürfe, dass er sich mit 8 Jahren an Hunden vergriffen hätte." "Vorwürfe über die bösen Gedanken, die das Allerheiligste betreffen."

Wir finden also in der ersten und der letzten Phase Schuldgefühle mit ganz konkretem Inhalt, während in der 2. und 3. Phase das Schuldgefühl unbestimmt bleibt, oder wenigstens nicht in der üblichen psychiatrischen Exploration angegeben wird. Erst beim Überblicken aller Phasen kann man darauf schliessen, dass sich hinter diesen vagen Aussagen ein für den Patienten eindeutiges Ereignis verbirgt. Nur in 2 Fällen scheinen auch die Patienten nicht zu wissen, warum sie eigentlich Schuldgefühle haben.

E. Fragwürdige Schuldgefühle.

Fragwürdige Schuldgefühle zeigen 13 von unseren 100 Patienten in mindestens einer Phase.

In diesen Phasen ist die Schuld nicht Gewissheit, sondern ist gewissermassen mit einem Fragezeichen versehen.

In anderen Fällen versuchen sich die Patienten mit der Aussage zu rechtfertigen, dass ja die ihnen nahestehenden Menschen noch viel schlimmer seien als sie selbst.

Wir finden diese Art von Schuldgefühlen bei 13 Patienten in 15 von 55 Phasen.

Beispiele:

1. "Vielleicht habe ich den Haushalt nicht richtig geführt!"
2. "Ich hätte den Mann nicht heiraten sollen, ich bin viel zu kalt und zu egoistisch, aber mein Mann ist ja auch nicht gut zu mir!"
3. "Ich muss immer (zwanghaft) denken, dass ich schuld bin am Tod meines Mannes!"

Wir finden 6 Fälle von der Art des ersten Beispiels. Davon 2 Fälle, bei denen fragwürdige Schuldgefühle in Phasen auftreten, wo Sinnestäuschungen oder ausgeprägte hypnagogische Erlebnisse mit Angstzuständen stark hervortreten, also dieselben Symptome, in deren Umgebung auch expansive Schuldgefühle vorkommen können. Tatsächlich zeigen sich auch bei beiden Patienten expansive Schuldgefühle in anderen Phasen wiederum im Zusammenhang mit Sinnestäuschungen.

Hierzu ein Beispiel:

1. Phase, 37-jährig

"Ich bin schlecht, habe gelogen, gestohlen, Unterschlagungen begangen, Mutter und Schwester krank gemacht."

2. Phase, 47-jährig

Sie habe das Werk des "Führers" vernichtet, alles Schlechte und Böse getan, was es auf der Erde gibt!

"Ich bin Lucifer, der sündigste Mensch" - eine Stimme sagt ihr das.

3. Phase, 60-jährig:

Eine Stimme ruft immer: "Du musst brennen in der Hölle!"

"Ich bin das Essen nicht wert, habe Satansblut, bin der schlechteste Mensch der Welt! Aber vielleicht ist das auch gar nicht wahr."

Bei den übrigen 4 Fällen finden wir in den Phasen mit fragwürdigen Schuldgefühlen Derealisationsphänomene: "Die Zeit läuft langsamer" oder "Das Essen schmeckt salzig und eintöniger."

Dieses Ergebnis hat deshalb Bedeutung, weil diese Art von Derealisation nur in 7 Fällen unseres Materials überhaupt vorkommt.

Vielleicht ist auch das Schuldgefühl durch die Derealisation so verändert, dass es fragwürdig wird.

Auch von der Art des 2. Beispiels finden wir 6 Fälle.

Zu dieser Gruppe gehören all die Patienten, die sich zwar einer konkreten Schuld bezichtigen, aber im Nachsatz gleich behaupten, dass andere Menschen ja viel schlimmer sind als sie; und wie aus ihren eigenen oder den Angaben ihrer Angehörigen zu entnehmen ist, scheint diese Behauptung auch zu recht zu bestehen.

Bei 2 Patienten finden wir nämlich die Angaben; sie seien als Hausangestellte von der Dienstherrin ausgenutzt und um ihren Lohn geprellt worden. In 2 anderen Fällen fanden wir in der Anamnese ausserordentlich grosse Eheschwierigkeiten.

F r e u d bezeichnete dieses Stadium der Melancholie, in dem eine aggressive Haltung gegen die Umgebung, verbunden mit Selbstvorwürfen, die Symptomatik der Phase bestimmt, als "das rebellische Stadium der Melancholie" und er meinte, dass erst später, auf der Höhe der Erkrankung, sich die ganze Aggression auf das eigene Ich richtet. S t r a n s k y deutete die Züge, die aus dem Rahmen des rein depressiven herausfallen - darunter Ablehnung und Aggression - als antipodische, manische Züge der Phase. Auch E . B l e u - l e r und L . B e l l a k wiesen auf das eigenartige Phänomen der Aggressionen innerhalb endogener Depressionen hin.

Das 3. der oben erwähnten Beispiele steht in unserem Material allein da. Hier werden die Schuldgefühle zwanghaft erlebt, die Gedanken drängen sich auf, ohne dass die Patienten es wollen. Im phasenfreien Intervall litt die Patientin an Wasch- und Putzzwängen. B o n h o e f f e r machte schon vor Jahrzehnten darauf aufmerksam, dass Selbstvorwürfe oft zwanghaft erlebt werden können und er meinte, bei manchen Patienten wechselten lange Zeit Wahnideen und Zwangsvorstellungen in Tagesschwankungen.

Zusammenfassung der Ergebnisse des zweiten Teils.

Wir trafen eine Einteilung nach der Qualität der Schuldgefühle und fanden in unserem Material 6 verschiedene Arten von Schuldgefühlen, nämlich

1. Seinsschuld
2. Expansive Schuld
3. Bilanzschuld
4. Konkrete Schuld
5. Unbestimmte Schuld
6. Fragwürdige Schuld.

Nur der kleinere Teil der Fälle, die Schuldgefühle in mehreren Phasen aufwiesen, zeigte in jeder Phase die gleiche Art von Schuldgefühlen. Beim überwiegenden Teil dagegen fand ein Wechsel der verschiedenen Schuldgefühlqualitäten statt. Wir versuchten festzustellen, ob sich eine Korrelation zwischen den einzelnen Qualitäten und bestimmten, von uns untersuchten Faktoren aufzeigen lasse.

Dabei fanden wir: einzelne Schuldgefühlqualitäten tauchen in bestimmten Lebensaltern gehäuft auf.

Weiter wurde ersichtlich, dass gewisse Kombinationen von Schuldgefühlen mit anderen Symptomen in der Phase besonde-

re Schuldgefühlqualitäten entstehen lassen.

Wenn man auch durchaus nicht sagen kann, dass bei mehreren Erkrankungsphasen mit Schuldgefühlen immer wieder die gleiche Art von Schuldgefühlen zu finden ist, so kann doch nicht abgestritten werden, dass eine gewisse Tendenz dazu besteht.

Zur weiteren Differenzierung teilten wir deshalb die Krankengeschichten in 4 Gruppen ein, je nachdem, welche Art von Schuldgefühlen während der Phasen der Erkrankung hervorragten.

Es liegt nahe, anzunehmen, dass die Möglichkeit in einer Phase mit einer bestimmten Schuldgefühlsqualität zu reagieren, von extrapsychotischen Faktoren abhängt.

Leider waren für die Untersuchungen der Persönlichkeitsstruktur die Angaben zu gering, als dass sie hätten ausgewertet werden können. Dagegen fanden wir zahlreiche Hinweise, aus denen zu entnehmen war, aus welcher Gesellschaftsschicht die Patienten stammen.

Es ergab sich ein deutliches Überwiegen der gesellschaftlich höher stehenden Schichten in den Fällen mit Seinsschuld in den Phasen.

Bei der Einteilung nach den eigentlichen Inhalten der Schuldgefühle sahen wir: religiöse Verfehlungen und Vergehen auf sexuellem Gebiet übertreffen die Inhalte aus anderen Bereichen zahlenmäßig bei weitem.

Es zeigt sich ferner, dass bei den einzelnen Schuldgefühlqualitäten gewisse Themen bevorzugt werden.

Bei einer Einteilung nach dem Lebensalter fanden wir eine Häufung bestimmter Inhalte in den verschiedenen Altersklassen.

Inhalte aus dem religiösen und sexuellen Bereich kommen häufiger als andere wiederholt in mehreren Phasen einer Erkrankung vor.

Bei der Betrachtung der Schuldfolge ergab sich, dass Folgen für ein Vergehen erst von Patienten nach dem 40. Lebensjahr erwartet wurden.

Vergehen gegenüber Familienangehörigen ziehen nie Folgen nach sich.

Weiter sahen wir: der zeitliche Abstand zwischen Vergehen und Schuldgefühlen in der Phase schwankt bei den einzelnen Inhalten erheblich.

Bei der gesonderten Betrachtung der fragwürdigen Schuldgefühle stellte sich heraus, dass sich hinter dieser Qualität 3 nach Art und Entstehungsweise ganz verschiedene Inhalte verbergen.

Zusammenfassung

Seit der Begründung der als "manisch-depressives Irresein" bezeichneten Krankheitseinheit durch K r a e p e l i n bemüht man sich in der psychiatrischen Literatur um eine saubere Abgrenzung dieser Einheit, deren Existenz zumindest im Bereich der Kerngruppe der cyclothymen Psychosen nie angezweifelt wurde.

Im Bereich dieser Kerngruppe, in den auch das Ausgangsmaterial unserer Arbeit fällt, wurde und wird auch heute die Symptomatik des m.d.Irreseins weitgehend als stabil angesehen; das heisst mit anderen Worten, dass im Verlauf einer Erkrankung mit mehreren Phasen immer die gleichen Symptome wiederkehren. Diese Feststellung ist jedoch lediglich vom klinischen Eindruck bestimmt, wie z.B. die oben mehrfach zitierte Behauptung K . S c h n e i d e r s über die Stabilität der Symptome innerhalb bestimmter Erkrankungstypen, oder aber sie lässt wie bei L e o n - h a r d , der von einem grösseren Material ausgeht, eine genaue Beobachtung mehrerer Phasen der Patienten als Arbeitsgrundlage vermissen.

Wir haben nun in unserer Arbeit versucht, den Symptomwandel bei endogenen Depressionen in einer längsschnittmässigen Betrachtungsweise zu studieren. Diese Methode wurde unseres Wissens lediglich in einer amerikanischen Arbeit von K i s k e r angewandt, dessen Fragestellung jedoch nicht so differenziert war wie die unserer Arbeit. Dem Autor kam es darauf an, festzustellen, ob überhaupt ein Symptomwandel eintritt. Als Kriterium war dabei für ihn nur massgebend, ob wahnhaftige Ideen in den Phasen einer Erkrankung auftauchen oder nicht.

Wir befassten uns in erster Linie mit einem der Leitsymptome bei endogenen Depressionen (W e i t b r e c h t), dem Schuldgefühl. Es kam uns darauf an, festzustellen, ob dieses Symptom starr in allen Phasen unserer Kranken wiederkehrt, oder ob sich Abweichungen von dieser als Norm angesehenen Verhaltensweise ergeben. Weiter wollten wir untersuchen, ob sich Korrelationen zwischen Schuldgefühlen und bestimmten Faktoren herausstellen liessen, die in diesem Zusammenhang von Interesse sind.

Ausgangsmaterial der Arbeit waren 100 Krankengeschichten, die sämtlich den unten angegebenen Bedingungen genügen mussten.

I. Eine der folgenden Diagnosen musste gestellt sein:

1. Endogene Depression,
2. Zykllothymie,
3. manisch-depressives Irresein,
4. Klimakterische Depression,
5. Melancholie.

II. Jeder der Patienten musste mindestens 2 Phasen erlebt haben.

III. Das Alter der Patienten musste bei der zuletzt beobachteten Phase mindestens 55 Jahre sein.

IV. Jeder Patient musste mindestens in einer Phase Schuldgefühle haben.

Wir kamen auf Grund der von uns angewandten Untersuchungsmethode zum Teil zu Ergebnissen, die von denjenigen anderer Autoren abwichen. Ihre Gültigkeit muss natürlich durch ähnliche Arbeiten erst bestätigt werden, da uns bisher Vergleichsmöglichkeiten fehlen, an Hand deren wir die einzelnen Resultate überprüfen können.

Wir fanden, dass von 100 Kranken nur 46 durchgehend in allen Phasen Schuldgefühle aufwiesen, während bei den übrigen Patienten mindestens eine Phase dieses Symptom nicht zeigte. Darüber hinaus konnte man einen grossen Prozentsatz dieser Fälle nicht einmal als Depressionen, die sich im seelischen Bereich abspielen, auffassen, da die Symptomatik sich weitgehend auf die "Vitalsphäre" beschränkte.

Wir untersuchten nun, ob sich Korrelationen zwischen dem Schuldgefühl und bestimmten Faktoren aufzeigen liessen und fanden eine signifikante Korrelation zwischen Schuldgefühl und Alter der Patienten, auf die später noch näher eingegangen werden soll. Dagegen besteht keine deutliche Korrelation zu den anderen untersuchten Faktoren, wie Phasenanzahl, Persönlichkeit, situative Einflüsse und der übrigen Symptomatik. Dabei bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass die Angaben in unserem Material zu ungenau waren, um bindende Aussagen über die Faktoren Persönlichkeit und situativer Einfluss zuzulassen. Genau überschaubar war dagegen die Phasenanzahl der Fälle. In diesem Punkt bestanden insofern methodische Schwierigkeiten, als die Faktoren Phasenanzahl und Alter der Patienten sich zum Teil überschneiden. Wir wählten deshalb für eine Kontrolluntersuchung nur Fälle, die schon mehrere Phasen vor dem 40. Lebensjahr aufwiesen, fanden aber auch dann keine Korrelation zu den Schuldgefühlen.

Auffallend jedoch ist unsere Feststellung, dass hypochondrische Symptomatik im Vergleich zu anderen Symptomen nur sehr selten bei unseren Kranken zu finden ist. Depressionen mit Schuldgefühlen und hypochondrische Depressionen scheinen in einem gewissen antagonistischen Verhältnis zu stehen, derart, dass das Auftreten des einen Symptoms das Vorkommen

des anderen mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliesst.

Die übrigen untersuchten Faktoren liessen lediglich Korrelationen zu bestimmten Schuldgefühlqualitäten oder bestimmten Schuldgefühlinhalten erkennen, hatten jedoch keine Bedeutung für die Existenz der Schuldgefühle selbst.

Vor der Untersuchung der eigentlichen Inhalte der Schuldgefühle trafen wir eine Einteilung in sechs verschiedene Schuldgefühlqualitäten, eine Unterscheidung, die nicht von spekulativen Gesichtspunkten bestimmt war, sondern uns vom Material in dieser Art aufgedrängt, also vom Phaenomen her bestimmt wurde. Wir halten diese Differenzierung, die sich zum Teil anlehnt an die *W e i t b r e c h t*'sche Unterscheidung in primäre und sekundäre Schuldgefühle, deshalb für angebracht, weil sich bei dieser Betrachtung Korrelationen zwischen den einzelnen Arten von Schuldgefühlen und anderen Faktoren ergeben, die sonst verdeckt blieben. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die so häufige Korrelation zwischen Sinnestäuschungen und wahnhaft-expansiven Schuldgefühlen, auch das vermehrte Auftreten von Seinsschuld bei Patienten, die aus gehobeneren gesellschaftlichen Schichten stammen und das Vorkommen von Bilanzschuld in einem ganz bestimmten Lebensalter. Das eigenartige Phaenomen der unbestimmten Schuldgefühle, das wir vornehmlich bei jüngeren Patienten fanden, kann man beim Überblick über sämtliche Phasen als ein "Vergessen" des eigentlichen Inhalts interpretieren. Ein Teil der von uns als "fragwürdig" bezeichneten Schuldgefühle, bei denen der "Zeiger der Schuld" nicht nur auf die eigene Person, sondern auch auf die Umgebung gerichtet ist, weist auf die oft übersehene Rolle der Aggression innerhalb Depressionen hin.

Ein Resultat aber erscheint uns soweit gesichert, dass man eine Arbeitshypothese daraus ableiten kann: die Zunahme der Schuldgefühle vom 5. Lebensjahrzehnt ab.

Man kann unseres Erachtens in diesem Zusammenhang von einem Fortschreiten der Symptomatik in Richtung auf das Schuldgefühl sprechen. Fanden sich doch in zahlreichen Fällen in frühen Phasen vorwiegend hypochondrische Symptomatik oder ein Vorherrschen des Zwangssymptoms oder auch in einigen Fällen Phasen mit Depersonalisation, während in späteren Jahren eindeutig die Schuldthematik dominierte.

Aus den Krankengeschichten war nicht feststellbar, ob mit dem Fortschreiten in Richtung auf die Schuldgefühle auch eine schwerere Verlaufsform der Phasen verbunden war. Dass dieses aber der Fall sein kann, beweisen einige Ergebnisse, die wir als Nebenfund erheben konnten. Es ergab sich nämlich, dass in einem grossen Prozentsatz der Fälle, wo hypochondrische Symptomatik neben dem Schuldgefühl in ein und derselben Phase zu finden war, zu Beginn, besonders aber auch im Abklingen der Phase Hypochondrie, auf dem Höhepunkt der Erkrankung dagegen das Schuldgefühl allein vorherrschte. Das gleiche konnte in einem Fall mit Zwangssymptomatik in den Phasen beobachtet werden.

In Anlehnung an die Gedanken V. v. G e b s a t t e l s über die Werdehemmung bei Melancholischen kann man von einem Einschrumpfen der erlebten Zukunft dieser Kranken sprechen. Wir finden die Patienten in einem Alter, in dem das Klimakterium bei der Frau nicht nur erhöhte körperliche Leistung, sondern auch grosse menschliche Reife erfordert. Gleichzeitig ist aber in diesem Alter der äussere und innere Lebensweg des Menschen derart eingefahren und festgelegt und für die Zukunft vorgeschrieben, dass ein

Ausbrechen aus dieser Bahn beinahe eine Unmöglichkeit geworden ist. Der "Flucht nach vorne" im Streben nach Anerkennung in Beruf und Familie sind zu diesem Zeitpunkt meist Grenzen gesetzt. Damit fallen Ausgleichsmöglichkeiten weg, mit denen der Melancholische bisher die innere "Leere" zum Teil überspielen konnte. So ist die Erkenntnis: "Ich habe mein ganzes Leben verpfuscht!" ein Selbstvorwurf, dem durch die Hoffnungslosigkeit jeder Wert für die Zukunft genommen ist. Gerade diese Schuldgefühlsqualität, die wir Bilanzschuld nannten, ist aber typisch für dieses Alter. Diese Art von Schuldgefühlen war nie in einer früheren Phase zu finden. Auch das eigenartige Phänomen, dass in diesem Alter so sehr die Angst vor Strafen jeder Art als Schuldfolge auftritt, scheint mit der Tatsache zusammenzuhängen, dass jede Hoffnung auf "Wiedergutmachung" bei diesen Kranken fehlt. Die Schuld kann nicht mehr abgetragen werden, der Kranke fühlt sich dem Gericht ausgeliefert.

Literaturverzeichnis

- Aschaffenburg, G.D.: Zschr. f. Nervenheilkunde, Bd.41, 1910
- Bach, W.: Symptomatologie der m.d. Erkrankung bei jugendlichen Patienten, Zschr. f. Psychiatrie 120, 1942
- Bellak, L.: Manic-depressive Psychosis, N.Y. 1952
- Berchtenbreiter, T.: Symptombild, Phasenlänge, Phasenhäufigkeit bei endogenen Depressionen, Diss. 1953
- Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie 1955, IX.Auflage
- Bonhoeffer, K.: Über die Beziehung der Zwangsvorstellungen zum m.d.I., Monatszeitschrift f. Psychiatrie 1913
- Bostroem, A.: Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psych. Krankheitsbild, Arch. f. Psych. 107
- Bürger-Prinz, H.: Psychopathologische Bemerkungen zu den zykl. Psychosen, Nervenarzt 21, 1950
- Bunke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 2.Aufl.
- v.Frankl, V.: Psychagogische Betreuung Depressiver, Handbuch der Neurosenlehre
- Freud, S.: Zitiert nach Hutter, Schweizer Archiv 49, 1942
- Friedmann: Zur Auffassung und zur Kenntnis der Zwangsideen und der isolierten überwertigen Ideen. Zschr. f. ges. Neurol., Bd.21, 1914
- Hirschmann u.Klages: Konstitutionsspezifische Leitthemen bei den Psychosen des höheren Lebensalters, Zentralblatt 144

- Hoche, A.: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, Zschr.f.ges. Neur. u. Psych., Bd.12
- Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins, Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- u. Geisteskrankheiten, Bd.I, 1898
- Hutter, A.: Vertiefte klinische u. psychologische Betrachtung der Melancholie, Schweizer Arch.f. Neurol.u.Psych. 49, 1942
- Die Psychopathologie der schwermütigen Psyche und die klinischen Depressions- und Melancholietypen, Der Nervenarzt 12, 1939
- Phänomenologisch-anthropologische Studie über Melancholie, Fol. psych. et neurologica 52, 1949
- Janzarik, W.: Der lebensgeschichtliche und persönlichkeitsgeheure Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahns, Arch.f.Psych. 195/3
- Die hypochondrischen Inhalte der cyclothymen Depressionen in ihren Beziehungen zum Krankheitstyp und zur Persönlichkeit, Arch.f.Psych. 195, 351, 1957
- Die cyclothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge, Schweizer Arch.f.Psych. 80, 1957, 173
- Jaspers, K.: Allg. Psychopathologie, Berlin u. Heidelberg 1946
- Kahn: Cyclothymie et obsessions, zitiert nach Beck, Monatszeitschrift f. Psych., 1920
- Kemmer: Über die Depressionsformen des jugendl. Alters u. ihre Prognose, Arch.f.Psych. XXVII

- Kinkelin, M.: Verlauf und Prognose des m.d.I.
Schweiz. Arch. f.Neurol. 73/ 1954
- Kisker, G.W.: Constancy in m.d. syndrome
J.Nerv. and mental dis. 93/41
- Kornhuber, H.: Über Auslösung cyclothymen Depres-
sionen durch seelische Erschütte-
rungen,
Arch.f.Psych.u. Zschr.Neurol. Bd.193
- Kraepelin, E.: Lehrbuch d.Psych. VIII.Aufl.
- Lange, J.: Handbuchbeitrag über die endog.
und reaktiven Gemütskrankheiten,
Handbuch f.Geisteskrankheiten,
herausgegeben von o. Bumke, Berlin
1928

"Zirkuläres Irresein", allgemeiner
und klinischer Teil
Handbuch der Erbkrankheiten,
Hrsgb. A.Gütt, Leipzig 1942
- Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen,
Akademie-Verlag Berlin 1957
- Meyer, J.E.: Studien zur Depersonalisation,
Monatszshr. f.Psychiatrie u.
Neurol. 132/1956
- v.Orelli, A.: Der Wandel des Inhaltes der depres-
siven Ideen bei der reinen Melan-
cholie, unter bes. Berücksichtigung
des Inhalts der Versündigungsideen,
Schweiz. Archiv Neurol. 73, 1954
- Pauleikhoff, B.: Über die Bedeutung situativer Ein-
flüsse bei der Auslösung end. de-
pressiver Phasen,
Arch.f.Psych., Bd.197
- Rehm, O.: Allg. Zeitschr. Psych. 78/1922

Monographie: Manisch-depr. Irresein,
Berlin 1919

Der depressive Wahnsinn, Ztrbl.1910

Verlaufsformen des m.d.I.,
Allgem. Zschr.f.Psych. 64/1907

- Sattes, H.: Die hypochondrische Depression,
Hrsgb. Hans Schwarz, Halle 1955
- Schneider, K.: Zur Differentialdiagnose der De-
pressionszustände,
Fortschritte 23/1955
- Die Aufdeckung des Daseins durch
die cyclothyme Depression,
Nervenarzt 21, 1950
- "Klinische Psychopathologie",
Stuttgart 1950
- Schröder, P.: Die Spielbreite der Symptome beim
m.d.I. und bei den Degenerations-
psychosen, Berlin 1920, Verlag
Karger
- Storch, H.: Beiträge zum Verständnis des
schizophrenen Wahnkranken,
Nervenarzt 30/1959
- Stransky, E.: Das manisch-depressive Irresein,
Aschaffenburgs Handbuch, Bd. 6
- Weitbrecht, H.J.: Zur Frage der Spezifität psycho-
pathologischer Symptome,
Fortschritte 25/1
- Endogene Psychose und Lebenskrise,
Nervenarzt 25/11
- Offene Probleme der affektiven
Psychosen, Nervenarzt 24/5
- Affektive Psychosen,
Schweizer Archiv 73/1-2
- Zur Typologie depressiver Psychosen,
Fortschritte 20/6
- Über Hypochondrie, Dtsch. med.
Wochenschrift 1951
- Cyclothymie, Fortschritte 17/1949
- Wexberg: Zschr.f.ges.Neur. u.Psychat. 112,
1928

- Zeh: Über das alterseigentümliche Erscheinungsbild der cyclothymen Manie, Fortschritte 14
- Endogene Psychosen u. abnorme seelische Zustände im Jugendalter, Fortschritte 27, 54
- Ziehen, Th.: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters, Berlin 1917
- Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis, Sammlung zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiet der Nerven u. Geisteskr., Bd.I, 1898
- Psychiatrie, 4.Aufl., Leipzig 1911
- v.Gebssattel, V.E.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie, Springer-Verlag 1954

Lebenslauf.

Am 18.10.1930 wurde ich als Sohn des kaufm. Angestellten Theophil Streletzki und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Rott, in Düsseldorf geboren. Meine Kindheit verlebte ich bis Kriegsbeginn in meiner Heimatstadt. Dort besuchte ich auch die Volksschule.

Mein Vater starb im Krieg. Seit dieser Zeit wohnt die Familie im Westerwald in Hamm an der Sieg.

Die höhere Schule besuchte ich von 1941 bis zur Reifeprüfung im Jahre 1950 in Betzdorf/Sieg.

Von 1950 bis 1952 absolvierte ich eine landwirtschaftliche Lehrzeit.

Im Herbst 1952 immatrikulierte ich mich an der medizinischen Fakultät der Universität Bonn. Dort studierte ich fünf Semester und legte im Frühjahr 1955 die ärztliche Vorprüfung ab. Während der klinischen Semester studierte ich in München und bestand dort auch am 3. Juni 1958 das ärztliche Staatsexamen. Seit Herbst 1958 bin ich bis heute Medizinalassistent an der Nervenlinik in München.

